全息医学大全

李莱田　田道正　焦春荣　主编



中国医药科技出版社

全息医学大全

李莱田　田道正　焦春荣　主编

中国医药科技出版社

登记证号：（京）075 号

图书在版编目（CIP）数据

全息医学大全/李莱田等编著－北京：中国医药科技出版社，1997．9

ISBN 7－5067－1449－3

Ⅰ．全…　Ⅱ．李…　Ⅲ．全息医学 Ⅳ．R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字（97）第 20291 号

内 容 提 要

本书以全息医学理论探讨与临床应用相结合为编写宗旨，尽最大限度地将趋于完善的全身全息元和临床应用方法收载进来，以利这一学科的发展。全书以人体体表部位为全息单位，分别叙述，共分 28 章。主要章节有：信息论基础；中医理论的全息思想；中医全息诊断与辨证施治；头面部全息诊疗（包括头、颜面、眼、鼻、口腔、人中、舌、耳）；躯干部全息诊疗（包括胸、背俞、夹脊、腹、脐）；肢体部全息诊疗（包括手、腕、踝、尺肤、长骨、指甲、足）；小儿全息推拿及全息心理诊疗，全息用药方法、全息医学的前景与展望。

全书文字简炼、图文并茂，可供临床医师参考，也可供家庭保健治疗考。

中国医药科技出版社　出版

（北京海淀区文慧园北路甲 22 号）

（邮政编码 100088）

北京市昌平精工印刷厂　印刷

全 国 各 地 新 华 书 店　经销

*

开本 787×1092mm $^{1}/_{16}$　印张 30½

字数 945 千字　　印数 1—3000

1997 年 11 月第 1 版　1997 年 11 月第 1 次印刷

定价：48.00 元

主　编　李莱田　田道正　焦春荣

副主编　朱明清　周敏华　张心曙

贠勋甫　唐占府　杜小林

常务编委（以姓氏笔画为序）

田维柱　辽宁中医学院附属医院教授

田道正　山东医科大学附属医院教授

刘亚娴　河北医科大学附属医院教授

朱明清　国际微针疗法学会秘书长、美国美洲中国针灸研究院院长、教授

杜小林　四川省嘉陵医院副主任医师

张心曙　上海第二军医大学长海医院教授

贠勋甫　航天部航天中心医院主任医师

张素芳　山东中医学院附属医院教授

李莱田　山东医科大学附属医院教授

李鲁扬　山东医科大学附属医院副教授

周敏华　国际微针疗法学会理事长、美国美洲中国针灸研究院董事长、东方医学博士

洪梁谷　马来西亚全息医学诊疗中心主任

唐占府　山东医科大学附属医院副教授

焦春荣　山东医科大学教授

编委、编者（以姓氏笔画为序）

于　溯　马文光　马玉梅　王　英

王　梅　韦怀清　王文华　叶　芳

田维柱　田道正　朱明清（美国）

朱奕群　许照琴　刘亚娴　刘春英

杨　林　杜小林　张心曙　陈永康

李　磊　李莱田　李淑玲　李鲁扬

周子洋（美国）　周泽新（美国）

周建国　周奕琼　周敏华（美国）

姜瑞兰　夏　勇　郭　静　唐占府

高树中　舒　勤　彭勇之　管遵惠

序

中国医药学是中国民族文化的瑰宝，是在我国古代就吸收了当时已有相当发展水平的多种学科的成果而形成的一门防病治病的综合科学，几千年来为保障人民健康为中华民族的繁衍昌盛作出了不可磨灭的贡献。新中国成立后，在党的中医政策大力扶植下，中医药学再展蓬勃生机，随着科学技术的飞速发展，中医药学与多种现代科学理论和先进技术相互交叉、渗透，一批新分支学科不断涌现，全息医学就是在激光全息理论被众多学者引入多种学科的形势推动下应运而生的。

激光全息照相底片的特性是在碎裂成若干小块的每一底片上仍能再现出整个物体的影象，即每一碎裂的底片上仍贮存有整个物像的全部信息。受此启发具有多学科深厚知识基础的山东医科大学李莱田教授，用这种全息理论观点来重新审视中医药学时，发现中国古代医家及历代学者早已不自觉地运用了这种未言全息的全息观点来阐发人体的生理病理、疾病的诊断原则、药物性味，特别是用针灸、按摩等方法刺激身体局部方位来诊治全身的疾病。于是他在中医理论指导下，站在全息论的高度，于1989年提出了全息医学的一系列理论内涵，1991年出版了《全息医学》。该书出版后，很快被广大中医药同道所认同，取得了共识，并积极从全息角度向纵深探讨，形成了一支全息医学研究和实践的队伍。近几年来，由于包括美国、马来西亚专家学者在内的众多国内外全息医学工作者的共同努力，在全息医学基础理论研究和实践探索方面又有若干新认识、新发展、新成就，《全息医学大全》一书的问世就是再总结再提高的体现。本书反映出他们在全息医学理论研究的独到见解，临床经验的总结和科学研究的进展。这部书的出版标志着全息医学经历了艰辛的初创阶段，踏上全面发展的康庄大道，使全息医学进一步跨出了国门，走向了世界。

在《全息医学大全》即将付梓之际，我祝愿全息医学工作者在党的改革开放政策鼓舞下，用多种现代科学技术对祖国医学宝库继续进行挖掘、整理、提高，使之尽快现代化，在实现2000年人人享有卫生保健的全球性战略目标的伟大事业中，深信全息医学能作出应有的贡献。

余 靖

前　言

20世纪以来，在科学技术迅速发展的驱动下，医学呈现出两个方面的发展趋势，一是包括中医学在内的医学科学和医学实践空前迅速而巨大的发展；二是医学科学与不同学科之间相互交叉与渗透，一批医学新学科应运而生。全息医学，正是在这种形势下破土而出，并在广大全息医学工作者的共同浇灌下茁壮成长起来的。众所周知，全息医学最早是由李莱田教授提出来的。李莱田早年致力于生物科学的研究，同时跟著名老中医王玉符学习，在从事多年医用生物学和医学遗传学的教学、科研后，又潜心于中医临床工作20余年。具有双重优势的李莱田教授，在科学技术和医学科学迅速发展的推动下，在吸收和借鉴有关学科研究新成果的基础上，提出了全息医学这一全新的科学概念，并对其进行了较为深刻地研究和阐述。

为了推动全息医学事业的发展，1994年8月在山东烟台召开了首届全国全息医学学术研讨会，并在广大与会代表的要求和共同努力下成立了全息医学研究会筹委会。就是在这次会议上决定出版一部集全息医学理论与应用之大成的专著，并就全书的内容和撰写分工组织部分专家进行了研究。两年来，在国内外部分全息医学工作者的共同努力下，定名为《全息医学大全》的这部专著业已编纂成书，即将交付出版。她的出版发行，是对全息医学理论和应用研究的科学总结，必将为全息医学的进一步发展发挥积极的推动作用。在此，我们向所有为该书的编纂和出版做出贡献的同志表示由衷地祝贺！

编委会在编辑过程中，突出了全息医学理论和应用研究的创新与发展，对作者提供的书稿进行了必要的删节，诸如对有关著作的介绍和资料引用作了适当压缩；插图尽量减少，以能说明问题为原则。参考资料列于书末，可供读者查考。

全书共分28章，其中第一章为全息医学基本理论和机理研究；第二至五章重点阐明祖国医学与全息论的密切关系；第六至二十五章为全身各全息元的全息诊断与治疗；第二十六章为全息心理诊疗；第二十七章为全息用药；第二十八章为全息医学的前景展望与任务。

由于时间紧迫，编写队伍庞大，加之我们水平所限，书中缺点、错误在所难免，诚恳希望广大读者提出批评指正。

焦春荣　田道正

1996年3月于济南

目　　录

第一章　全息医学的基本理论 …………（1）
第一节　人类躯体的全息特性 …………（1）
第二节　人类精神心理的全息特性 …………（5）
第三节　人类的时间全息特性 …………（7）
第四节　全息医学的概念与基本原理 …………（11）
一、何谓全息医学 …………（11）
二、全息医学的基本原理 …………（11）
第五节　全息医学的信息论基础 …………（13）
一、信息与信息论 …………（13）
二、信息载体 …………（13）
三、信息通道 …………（16）
四、信息反馈 …………（16）
五、从物理全息到医学全息 …………（17）
第六节　全息特性机理研究 …………（19）
一、发生遗传学根据 …………（19）
二、生物电磁波波导管说 …………（24）
第七节　全息诊疗优选 …………（27）
第二章　中医理论中的全息思想 …………（29）
第一节　天人相应全息相关 …………（29）
一、天文变化与人体全息相关 …………（29）
二、地理变化与人体全息相关 …………（30）
三、人与生物界全息共振 …………（30）
第二节　脏象全息共振 …………（31）
一、脏腑全息共振 …………（31）
二、脏与其象全息共振 …………（32）
三、神形与脏腑全息共振 …………（32）
第三节　经络全息分布 …………（33）
第四节　病因全息 …………（33）
第三章　中医全息诊断 …………（35）
第一节　全息望诊 …………（35）
第二节　全息问诊 …………（41）
第三节　全息闻诊 …………（46）
第四节　全息切诊 …………（47）
第四章　中医全息辨证 …………（49）

第一节 八纲全息辨证 …… (49)
第二节 脏腑全息辨证 …… (52)
第三节 六经全息辨证 …… (57)
第四节 卫气营血全息辨证 …… (59)
第五章 治则治法全息 …… (61)
第一节 治则全息 …… (61)
第二节 治法全息 …… (63)
第六章 头部全息诊疗 …… (67)
第一节 头部全息诊断 …… (67)
一、头部全息诊断的概念 …… (67)
二、头部全息诊断的产生 …… (67)
三、头部全息诊断的方法 …… (69)
第二节 头针疗法 …… (69)
第三节 方氏头皮针疗法 …… (69)
第四节 朱一周氏头皮针疗法 …… (69)
一、头皮针的穴区定位与主治 …… (69)
二、取穴、配穴方法 …… (72)
三、操作方法 …… (74)
四、禁忌与注意事项 …… (80)
五、适应症 …… (81)
六、常见病的治疗 …… (81)
七、头皮针各流派的比较 …… (93)
第七章 颜面部全息诊疗 …… (108)
第一节 颜面部全息诊断 …… (108)
一、颜面部全息诊断的理论基础 …… (108)
二、颜面部的正常之色 …… (109)
三、颜面部的病色 …… (110)
四、望面色十法全息诊断 …… (110)
五、颜面部的五色全息诊断 …… (111)
六、颜面部明堂全息诊断 …… (116)
七、颜面部部位分属及望诊 …… (118)
八、颜面部外形全息望诊 …… (119)
九、中医相面与全息望诊 …… (122)
第二节 颜面部全息治疗 …… (123)
一、面针穴点定位与主治 …… (124)
二、配穴原则 …… (125)
三、操作方法 …… (125)
四、适应症 …… (125)
五、注意事项 …… (126)

六、禁忌症 …… (126)
七、常见病面针治疗处方 …… (126)
第八章　眼全息诊疗 …… (131)
第一节　眼全息望诊 …… (131)
一、八卦分区法 …… (131)
二、代数分区法 …… (131)
三、时钟分区法 …… (131)
四、五轮分区全息望诊 …… (131)
五、眼部形态全息望诊 …… (133)
第二节　虹膜全息诊断 …… (133)
一、虹膜的结构 …… (133)
二、虹膜定位法 …… (134)
三、虹膜异常改变的主病 …… (134)
四、检查方法 …… (134)
第三节　巩膜全息诊断 …… (135)
一、巩膜及球结膜结构 …… (135)
二、巩膜定位法 …… (136)
三、巩膜（球结膜）异常改变主病 …… (136)
第四节　彭静山眼针全息治疗法 …… (137)
一、八区十三穴定位 …… (137)
二、取穴方法 …… (138)
三、操作技术 …… (139)
四、适应症 …… (141)
五、常见病的辨证施治 …… (141)
第九章　鼻全息诊疗 …… (155)
第一节　鼻全息诊断 …… (155)
一、鼻色望诊 …… (155)
二、鼻形望诊 …… (156)
第二节　鼻全息治疗 …… (157)
一、鼻穴的定位及其主治 …… (157)
二、配穴方法 …… (160)
三、操作方法 …… (160)
四、适应症 …… (160)
五、注意事项 …… (161)
六、常见病的治疗 …… (161)
第十章　口腔、人中全息诊疗 …… (163)
第一节　口腔全息诊疗 …… (163)
一、口腔与人体的全息对应关系 …… (163)
二、口腔全息诊断 …… (164)

三、口腔全息治疗 …… (165)
四、口针止痛 …… (167)
第二节　人中部全息诊疗 …… (169)
一、人中全息望诊 …… (169)
二、人中全息治疗 …… (169)
第十一章　舌全息诊疗 …… (171)
第一节　舌全息诊断 …… (171)
一、舌诊的方法与注意事项 …… (171)
二、五脏分部全息望诊 …… (172)
三、舌质全息望诊 …… (174)
四、舌苔全息望诊 …… (175)
五、舌质与舌苔的关系 …… (177)
六、舌形的全息望诊 …… (178)
七、舌态（舌体动态） …… (178)
八、舌诊的临床意义 …… (179)
九、舌诊现代研究进展 …… (180)
第二节　舌全息治疗 …… (180)
一、舌穴定位与主治 …… (180)
二、配穴方法 …… (182)
三、操作方法 …… (182)
四、注意事项 …… (183)
五、适应症与禁忌症 …… (183)
六、常见病的治疗 …… (183)
第十二章　耳全息诊疗 …… (186)
第一节　耳廓表面解剖名称及耳穴分布规律 …… (186)
一、耳廓表面解剖名称 …… (186)
二、耳穴分布规律 …… (187)
第二节　耳全息诊断 …… (188)
一、耳全息望诊 …… (188)
二、耳全息触诊 …… (192)
三、耳穴全息电测法 …… (194)
四、耳全息综合分析诊断 …… (195)
第三节　国际耳穴标准化方案 …… (198)
附录　耳穴标准化方案（草案）说明 …… (205)
第四节　耳全息治疗 …… (206)
一、耳全息治疗的适应症与禁忌症 …… (206)
二、耳全息治疗配穴原则 …… (208)
三、耳全息治疗选穴根据 …… (209)
四、耳全息治疗方法 …… (211)

五、耳全息治疗常见病证选穴及方法…………(214)
第五节 耳全息治疗常见病证 …………(218)
第十三章 颈项全息疗法 …………(250)
一、穴点定位与主治…………(250)
二、配穴方法 …………(250)
三、适应症 …………(250)
四、操作方法及注意事项 …………(250)
第十四章 胸全息治疗 …………(251)
第一节 胸与脏腑经络的关系 …………(251)
第二节 穴点定位与主治 …………(251)
一、胸部侧面穴点 …………(251)
二、胸部正面穴点 …………(252)
第三节 适应症及治疗方法 …………(253)
一、适应症 …………(253)
二、配穴方法 …………(254)
三、操作方法 …………(254)
四、注意事项 …………(254)
第四节 常见病症治疗处方举例 …………(254)
第十五章 背俞全息诊疗 …………(257)
第一节 背俞全息诊断 …………(257)
一、背俞穴定位与主治…………(257)
二、诊断方法 …………(258)
第二节 背俞全息治疗 …………(259)
一、适应症 …………(259)
二、配穴方法 …………(259)
三、操作方法及注意事项 …………(259)
第十六章 脊背全息疗法 …………(260)
第一节 夹脊穴全息疗法 …………(260)
一、夹脊穴定位与作用…………(260)
二、夹脊穴分段主治…………(260)
三、治疗方法 …………(260)
第二节 椎旁针全息疗法 …………(260)
一、穴位分布和主治…………(261)
二、针刺方法 …………(261)
第十七章 腹全息诊疗 …………(262)
第一节 腹全息诊断 …………(262)
一、腹部分区及脏腑反应部位 …………(262)
二、腹全息望诊 …………(263)
三、腹全息触诊 …………(263)

第二节 腹全息治疗 ……（264）
一、腹针全息疗法 ……（264）
二、经穴全息疗法 ……（264）
第十八章 脐全息治疗 ……（266）
第一节 脐疗基本知识 ……（266）
一、脐疗的概念与简史 ……（266）
二、脐与全身的全息关系 ……（268）
三、脐疗的功用与适应症 ……（269）
四、脐疗的优点与注意事项 ……（270）
第二节 脐疗的治病原理 ……（271）
一、经络理论 ……（271）
二、现代医学理论 ……（274）
三、数学理论（黄金分割定律） ……（275）
四、气功理论 ……（276）
五、系统论 ……（277）
第三节 脐疗的常用方法 ……（277）
一、贴敷脐部法 ……（277）
二、灸疗脐部法 ……（278）
三、拔罐脐部法 ……（279）
四、按摩脐部法 ……（279）
五、意守脐部法 ……（279）
六、针刺脐部法 ……（279）
第四节 常见病脐疗验方选 ……（280）
一、传染病 ……（280）
二、内科病症 ……（280）
三、妇科病症 ……（282）
四、外科病症 ……（282）
五、小儿科病症 ……（283）
第十九章 手全息诊疗 ……（284）
第一节 健康人的手及其变异 ……（284）
一、正常人手的特点 ……（284）
二、手指、手型及其分类 ……（285）
三、手纹线 ……（287）
第二节 手诊的方法及记录格式 ……（290）
一、手诊的方法 ……（290）
二、手全息诊察记录格式 ……（294）
第三节 常见病的手象特点（略） ……（295）
第四节 手与时间、精神全息 ……（295）
一、手象和心理发育 ……（295）

二、手象和心理性格、情志 …………………………………………………………（296）
第五节　手与遗传性、先天性疾病 ……………………………………………（296）
第六节　手针 ……………………………………………………………………（298）
一、穴点（穴区）分布与主治 ………………………………………………（298）
二、配穴方法 ……………………………………………………………………（300）
三、适应症 ………………………………………………………………………（300）
四、操作方法及注意事项 ………………………………………………………（300）
五、常见病的治疗 ………………………………………………………………（301）
第七节　方氏手象针（略） ……………………………………………………（301）
第八节　手部病理按摩法 ………………………………………………………（301）
一、穴区分布 ……………………………………………………………………（302）
二、适用范围 ……………………………………………………………………（302）
三、配穴方法 ……………………………………………………………………（302）
四、操作方法及注意事项 ………………………………………………………（302）
五、常见病的治疗 ………………………………………………………………（303）
第二十章　腕、踝全息诊疗法 ……………………………………………………（307）
第一节　腕踝针的特点和优点 …………………………………………………（307）
一、特点 …………………………………………………………………………（307）
二、优点 …………………………………………………………………………（307）
第二节　探索简史——从电刺激疗法到腕踝针 ………………………………（307）
一、第一阶段——电刺激疗法 …………………………………………………（307）
二、第二阶段——腕踝针 ………………………………………………………（310）
第三节　腕踝针的治疗方法 ……………………………………………………（311）
一、身体分区 ……………………………………………………………………（311）
二、针刺点 ………………………………………………………………………（313）
三、针刺法 ………………………………………………………………………（315）
第四节　常见病症的治疗 ………………………………………………………（318）
第二十一章　尺肤、节肢全息诊疗法 ……………………………………………（328）
第一节　古代尺肤诊法 …………………………………………………………（328）
一、尺肤全息穴区分布 …………………………………………………………（328）
二、古代尺肤诊断 ………………………………………………………………（329）
第二节　近代尺肤全息诊法 ……………………………………………………（329）
一、疼痛点全息配置 ……………………………………………………………（329）
二、近代尺肤全息诊断 …………………………………………………………（330）
第三节　节肢（长骨）全息诊疗法 ……………………………………………（330）
一、第二掌骨侧全息穴区的定位与主治 ………………………………………（330）
二、第二掌骨侧全息穴区诊断 …………………………………………………（331）
三、第二掌骨侧全息穴区治疗 …………………………………………………（331）
第二十二章　脉象全息诊断 ………………………………………………………（333）

第一节 脉象全息诊断 …… (333)
一、脉诊及其意义 …… (333)
二、脉诊的部位全息 …… (333)
三、诊脉的方法 …… (334)
四、诊脉的注意事项 …… (334)
五、正常脉象与异常脉象 …… (335)
第二节 脉诊客观化的实验研究 …… (339)
一、脉诊客观化研究的意义 …… (339)
二、脉象描记仪器 …… (339)
三、脉图的检测方法 …… (340)
四、脉诊客观化的临床研究 …… (342)
五、脉诊客观化研究展望 …… (345)
第二十三章 指甲全息诊断 …… (346)
第一节 指甲全息诊断基础 …… (346)
一、祖国医学对指甲的认识 …… (346)
二、现代医学对指甲的认识 …… (346)
三、指甲诊病机理探讨 …… (347)
第二节 中医传统指甲诊法 …… (349)
一、指甲形态主病 …… (349)
二、指甲色泽主病 …… (350)
第三节 指甲分区全息诊法 …… (351)
一、指甲分区法 …… (351)
二、王氏指甲诊法简介 …… (353)
第二十四章 足全息诊疗 …… (356)
第一节 足全息诊断 …… (356)
一、无痛诊断（以望诊为主） …… (356)
二、有痛诊断（以触诊为主） …… (358)
第二节 足针 …… (360)
一、足针基础穴与新穴定位法 …… (360)
二、现代足针治疗方法 …… (367)
第三节 方氏足象针简介 …… (368)
第四节 足部按摩 …… (369)
一、基本原理 …… (369)
二、适用范围 …… (371)
三、处方原则 …… (372)
四、操作常规 …… (377)
五、推拿手法 …… (378)
六、解剖生理系统对应反射区析解 …… (380)
七、足部按摩操作顺序与手法应用 …… (401)

八、新反射区手法运用 …… (403)
九、足部按摩注意事项 …… (405)
第五节　常见病的防治 …… (406)
第二十五章　小儿全息推拿疗法 …… (419)
第一节　小儿全息推拿疗法理论基础 …… (419)
一、小儿推拿与阴阳五行的关系 …… (419)
二、小儿推拿与脏腑经络的关系 …… (419)
三、小儿推拿与辨证论治的关系 …… (420)
四、小儿推拿与自然环境的关系 …… (420)
五、小儿推拿与全息医学的关系 …… (421)
第二节　小儿全息推拿常用手法 …… (421)
第三节　小儿推拿全息穴点（穴区） …… (422)
一、头面部 …… (422)
二、胸腹部 …… (423)
三、腰背部 …… (424)
四、上肢部 …… (425)
五、下肢部 …… (430)
第四节　小儿常见病的全息推拿 …… (431)
第二十六章　全息心理诊疗 …… (435)
第一节　全息心理诊察 …… (435)
一、全息心理望诊 …… (435)
二、面色与精神心理的全息关系 …… (436)
三、面形与精神心理的全息关系 …… (437)
四、面容与精神心理的全息关系 …… (437)
五、眉毛、眼神与精神心理的全息关系 …… (437)
第二节　精神全息心理分析法 …… (438)
第二十七章　全息用药 …… (444)
第一节　药物选择、成份与植物形态的全息关系 …… (444)
一、植物叶形与药用部位的全息关系 …… (444)
二、叶形与中草药成份的全息关系 …… (444)
第二节　药物性能中的全息相关性 …… (445)
一、中药的五味 …… (445)
二、药物的升降浮沉 …… (445)
第三节　全息用药 …… (445)
一、药穴相合、全息用药 …… (445)
二、上病下治、下病上治的全息用药原则 …… (455)
三、“以脏补脏”的全息用药（同质用药） …… (455)
四、同形用药 …… (455)
五、同性用药 …… (455)

六、全息择时用药 ……………………………………………………………………（455）
第二十八章　全息医学的前景展望与任务 ……………………………………………（459）
第一节　全息医学的广阔生物医学前景 ……………………………………………（459）
第二节　精神全息心理分析的心身医学价值 ………………………………………（461）
第三节　时间全息与提高疗效 ………………………………………………………（461）
第四节　全息医学的主要任务 ………………………………………………………（462）
主要参考资料 ……………………………………………………………………………（463）

第一章　全息医学的基本理论

二十世纪四十年代物理学家噶伯（Gabor）用一个参考波与信息载波相干，在底片上获得了能再现信息的振幅和相位两个物理量的干涉图像，这一发现经过理论研究和深入反复的实验，形成了一门崭新的技术——全息术，很快被应用到X射线立体显微技术，全息照像、激光储存等方面，取得长足的发展，以激光全息为例，其最大特点是这种激光全息照像的底片被打成多少碎片，每个碎片仍能呈现出整个物体的影像，换言之，也就是说在每个碎片上仍保留着整体物像的全部信息。进入八十年代以来这一现象引起了生物和医学家们的重视。当他们以全息的观点来重新审视那早已熟知的生物界与人体奥秘时，惊奇的发现已进化了若干万年的人体中也早已蕴藏着这种特性，特别是传统的中国医学对人体的这种固有特性早已用两千年前的语言进行了详细的概括并成为中医理论中的核心成份，这也就是全息医学所以称为中医新分支学科的原因。也就是说全息医学的胚胎早已在传统中医中孕育了数千年，只不过到了1989年由山东医科大学李莱田教授将此与全息理论自觉的结合起来，先在《山东医科大学学报（社科版)》1989年第2期发表了“全息医学概论”后又出版了专著《全息医学》，提出了全息医学的概念及一系列内涵，使这孕育数千年的全息医学呱呱坠地，作为一门新中医分支学科独立于医学之林。首先我们看看蕴藏在人体上的全息特性。

第一节　人类躯体的全息特性

进化了数以万年计的人类躯体亦符合其他物质发展变化的规律，全息现象虽然廿世纪才被人们发现，但在人体中却早已蕴藏而且数千年前人们已经自发的发现和运用了这种内在关系以阐明人体的生理病理变化并应用于临床为人类健康和繁衍作出了贡献。

古代东方以思辨为主要形式的阴阳、五行、八卦说的哲理中就充满了全息思想，公元前1100年前《尚书·洪范》曰：“五行：一曰水，二曰火，三曰木，四曰金，五曰土。水曰润下，火曰炎上，木曰曲直，金曰从革，土爰稼穑。润下作咸，炎上作苦，曲直作酸，从革作辛，稼穑作甘。”五种基本元素以“土”为主，金、木、水、火、土，按照相生、相克的变化规律制约着自然现象和社会现象，当然人体的变化亦不例外，阴阳学说是用阴气和阳气的矛盾对立来解释自然和人体，也就是说阴阳与人体和万物之间是全息的，人体或万物的变化是“阴阳”与“五行”的组合。“八卦”源于殷周，主要思想载于《周易》，该书从人们生活最常接触的自然界8种东西作为宇宙万物的根源，即：天（乾☰），地（坤☷），雷（震☳），火（离☲），风（巽☴），泽（兑☱），水（坎☵），山（艮☶）。其中天地为总根源，产生雷、火、风、泽、水、山，因此“乾”、“坤”在八卦中占有独特重要的位置，故俗语中常有“定乾坤”的说法，在这里阴、阳两爻变化万端，反映了宇宙和人体变化万千的全息关系。

“一粒砂子可以看见大千世界”，是道家全息思想最好的概括，老子曰：“道大，天大、

地大、人亦大。”“人法地，地法天，天法道，道法自然。”这里“法”即效法，是“四大”之间全息性的“同义词”。

在我们站立的地球的那一面，古希腊第一位哲学家，米利都派的创始人泰勒斯（约公元前624～547年）就提出水为万物的始基，一切东西都由水构成，又复归于水，或者说一滴水可以看到整个“宇宙”。米利都派的另一个代表阿那克西曼德（约公元前611～546年）更进一步观察到了生物重演现象，他认为人是从另一种动物产生的，这种动物就是鱼，因为人在最初的时候很像鱼，这是生物全息思想的最初萌芽。

长沙马王堆汉墓出土的帛书《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》是我国最早的经络学专著。在中医最早最完整的经典著作《黄帝内经》（约公元前475年左右）中，在整体观念原则的指导下，论述了阴阳学说，脏腑学说和经络学说，阐明了人体脏腑之间，脏腑与体表之间，人体局部与整体之间，人体与外环境之间，在生理、病理、诊断、治疗诸方面的全息相关关系。如《素问·生气通天论》曰：“夫自古通天者，生之本，本于阴阳。天地之间，六合之内，其气九州九窍、五脏、十二节，皆通乎天气，其生五，其气三，数犯此者，则邪气伤人，此寿命之本也。”《灵枢·岁露》曰：“人与天地相参也，与日月相应也。故月满则海水西盛，人血气积，肌肉充，皮肤致，毛发坚，腠理郄，……至其月郭空，则海水东盛，人气血虚，其卫气去，形独居，肌肉减，皮肤纵，腠理开，毛发残，腠理薄。”这里反映了天人感应的全息思想。根据《素问·阴阳应象大论》制成人体与自然界全息相关简表（表1－1）如下：

表1－1 人体与自然界全息关系表

自然界									人体							
五味	五色	五气	五音	五方	五季	时间	发展过程	五行	五脏	五腑	五官	形体	情志	五声	五变
酸	青	风	角	东	春	平旦	生	木	肝	胆	目	筋	怒	呼	握
苦	赤	暑	征	南	夏	日中	长	火	心	小肠	舌	脉	喜	笑	忧
甘	黄	湿	宫	中	长夏	日西	化	土	脾	胃	口	肉	思	歌	哕
辛	白	燥	商	西	秋	日入	收	金	肺	大肠	鼻	皮毛	悲	哭	咳
咸	黑	寒	羽	北	冬	夜半	藏	水	肾	膀胱	耳	骨	恐	呻	栗

这里充分显示了“人与天地相参与日月相应”的关系。人是大宇宙中的小宇宙。人体变化与昼夜变化亦全息相关，《灵枢·顺气一日分为四时》曰：“夫百病者，多以旦慧，昼安，夕加，夜甚。”在情绪与心理方面《黄帝内经》早就强调“形神合一”、“形神一体”、“形神相即”、“形与神俱”。《素问·天元纪大论》曰：“人有五脏化五气，以生喜怒思忧恐”。《灵枢·百病始生》曰：“喜怒不节，则伤脏，脏伤则病起于阴也。”《素问·阴阳应象大论》曰：“怒伤肝”，“喜伤心”，“思伤脾”，“忧伤肺”，“恐伤肾”。这已初步揭示了人的情绪与脏腑病变之间的全息对应关系。就诊断来说，《灵枢·本脏》曰：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”这是中医诊断中体现出的全息原则，并从具体脏器的变化来诊治疾病。如《灵枢·大惑论》曰：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。”“目者，五脏六腑之精也。”《灵枢·口问篇》曰：“耳者，宗脉之所聚也。”《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰：

“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍……其别气走于耳而为听。”《灵枢·经脉篇》曰：“三焦，手少阳之脉……上项，系耳后直上，出耳上角，……其支者，从耳后入耳中，出走耳前。”“小肠，手太阳之脉……却入耳中。”“胃，足阳明之脉，……循颊车，上耳前。”“胆足少阳之脉，……，其支者，从耳后入耳中，出走耳前。”“膀胱，足太阳之脉……其支者，从颠至耳上角。”《素问·缪刺论》曰：“邪客于手足少阴太阴足阳明之络，此五络皆会于耳中，上络左角。”由上可知两千年前我们祖先已发现了耳与全身经络之间的关系，这正是耳针形成的基石。明·万历年间，许浚的《东医宝鉴》继《内经》之后阐明耳部的治疗作用，“以手摩耳轮，不足遍数，所谓修其城廓以补肾气，以防聋聩也”。这里已经把一个当前已形成独立的耳针学的耳朵与全身的全息相关关系描绘得很清楚了。

头为精明之府，诸阳之会，经络集中，腧穴密布，与脑髓、脏腑、气血间的全息相关关系早已被重视，《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上头面而走空窍”，岐伯此语已将头与全身的全息关系勾画出来。至《针灸大成》则更进一步说明“首为诸阳之会，百脉之宗，……皆归于头”。这些就成为二十世纪多种头针、头皮针诸流派创立的基础。可喜的是头针、头皮针诸流派均在祖先朴素理论的指导下自觉的结合了人体解剖生理及西医学的近代成就，成为中医现代化的瑰宝。

颜面位于人体最上部，是自古至今中医诊病望诊的重要部分，何以望面知全身之疾，《灵枢·邪气脏腑病形篇》已早回答：“诸阳之会，皆在于面”。至《望诊遵经》则将其与整体的全息信息缩影关系说的就更加清楚”尝考《内经》望法，以为五色形于外，五脏应于内，犹根本之与枝叶也，色脏形内，不得相失也，故有病必有色，内外相袭，如影随形，如鼓应桴”。这如影随形与当今的全息论中那“碎裂底片”中的整体缩形极其相似。

鼻子居于面部的最高处，古代医家也早已运用了鼻与全身的全息相关以诊治疾病，如《灵枢·五色篇》曰：“明堂骨高以起，平以直，五脏次于中央，六腑挟其两侧。”已指明其与全身的具体全息关系，“庭者，首面也；阙上者，咽喉也；阙中者，肺也；下极者，心也；直下者，肝也；肝左者，胆也；下者，脾也；方下者，胃也；中央者，大肠也；挟大肠者，肾也；当肾者，脐也；面王以上者，小肠也；面王以下者，膀胱子处也，……。”这就为鼻疗全身奠定了朴素的全息论基础。

自古望面而知全身的全息诊断中鼻诊居于重要地位，如《望诊遵经》曰：“……男女媾精，万物化生，五官先生鼻，五脏先生精。……五色独决于明堂（明堂者，鼻也）”。从经络信息通道来看，足阳明胃经、手阳明大肠经、足太阳膀胱经、手太阳小肠经、督脉、任脉等均循行于鼻。足见鼻与全身的关系之密切。

眼素有“心灵之窗”的评论，可以传神传情以传递心灵的信息，但同时也早为历代医家用以诊治全身疾病的“全息元”。《灵枢·大惑论》曰：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。”并进一步分析与全身的全息关系“精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束。”“目者，五脏六腑之精也，营卫魂魄之所常营也，神气之所生也。”眼与全身筋、骨、气、血全息相关关系就已揭示了个梗概，为后世眼针提供了坚实的基础，也揭示了人体与眼的全息关系。

一个小小的人中沟，古人亦早已发现和运用了其与全身脏腑的全息关系，如《形色外诊简摩》曰：“人中内应脾胃，下应膀胱子户”。

舌为人类语言交流以显示人类高居于动物界之上的主要器官之一，早已被先贤看作一个蜷卧在口腔中的胎儿，东汉张仲景就提出“舌胎”一词，张石顽更进一步阐发“舌胎之名，始于长沙，以其邪气在里，如有所怀，故谓之胎。”至今已成为所有中医以舌上脏腑分部望诊的基本诊断方法，将一个完整的舌分为舌尖主心肺，舌边主肝胆，舌中主脾胃，舌根主肾，以明辨五脏疾病的变化，这里明显的展示了舌与五脏的全息关系。有人用仪器测知“躯体的上部投影相当于舌体的前部，其下部相当于舌体的后部”这就更看出从舌这一全息“碎片”中无论古人今人均可在其上面看到整个人体的影像。

由于生物进化历程中由水生到陆生，由简单到复杂，由辐射对称到两侧对称这些基本规律的制约，由于陆生环境的复杂化、多样化，动物乃至人体的头部越来越发达，感官越来越集中，以提高机体适应外环境的能力，从前文述及的头、头皮、眼、耳、鼻、人中、舌等与全身的关系来看，亦可见人体的头部是个包含整体信息最为集中的部位，是全息医学乃至所有医学研究的重点。但是并非仅在头部体现着全息关系，在人体其他部位亦明显存在这种全息信息关系并早已被人们用于防病治病。

胸部按压诊断治疗全身疾患早已被古人应用，胸部为任脉，足少阴肾经，足太阴脾经，手厥阴心包经，足阳明胃经，以及手太阴之筋“下结胸里”，手少阴之筋“结于胸中”，手厥阴之筋“入腋散胸中”，手厥阴经别“下腋三寸，入于胸中”，手少阳之络“注胸中”，冲脉“挟脐上行，至胸中而散”，跻脉“上循胸里”。足见胸与五脏六腑，十四经、奇经八脉均有全息联系，这是胸部按压诊病的全息相关基础。

脐又名神阙穴，内经中就已认识到脐为一重要穴位，至《难经》已明确指出脐为“五脏六腑之本，十二经脉之根，呼吸之门，三焦之原”，“主通行原气，经历五脏六腑”。《难经·十六难》更明确阐明脐可诊五脏疾病的全息关系，“假令得肝脉、其外证、善洁、面青、善怒；其内证，脐左有动气，按之牢若痛”，“假令得心脉，其外证、面赤、口干、喜笑；其内证，脐上有动气，按之牢若痛”；“假令得脾脉，其外证，面黄、善噫、善思、善味；其内证，当脐有动气，按之牢若痛”；“假令得肺脉，其外证，面白，善嚏、悲愁不乐欲哭；其内证，脐上有动气，按之牢若痛”；“假令得肾病，其外证，面黑，善恐欠；其内证，脐下有动气，按之牢若痛”。一脐诊五脏的全息关系已为脐疗打下了坚实的全息诊疗基础。故清代成书的《医宗金鉴》明确指出神阙穴能“主治百病”，也是当今脐疗能够独立于医林的沃土。

人体躯干的背面可以诊治全身，实际躯干的背部亦早为古人用以诊治全身的疾病并发展成背俞针，五脏六腑的病变均可通过分布于脊柱两侧的俞穴出现特异性的改变而明确诊断全身的疾患，如胃俞感到酸痛可知胃及十二指肠有病，肺俞、膏肓俞酸痛引背，可推断气管、肺有病，志室、肾俞有叩痛，可知肾脏、泌尿生殖系统有病，八髎酸楚钝痛，推断妇女生殖系统有病。如果在经络循行的背俞穴上触到结节，条索状物亦可推断其全息相关的脏器有病，如神经衰弱，遗精可在肾俞上摸到扁平结节。耳鸣可在肾俞上摸到椭圆形结节，肝病可在肝俞上摸到细条状物，脊背与全身全息相关，并可防病治病，亦早为古人自发应用。

四肢与全身的全息关系早为古人应用，《内经》中亦早有记载，《素问·脉要精微论》曰：“尺内两旁，则季胁也，尺外以候肾，尺里以候腹。中附上，左外候肝，内以候鬲，右外以候胃，内以候脾。上附上，右外以候肺，内以候胸中；左外以候心，内以候膻中。

前以候前，后以候后。上竟上者，胸喉中事也；下竟下者，少腹腰股膝胫足中事也。”这里的候从临床实践证实即我们现在所言的全息相关，这就清楚的勾画出了一个尺肤，即我们现在解剖学上所说的长骨或前臂骨部位上的人体全息缩影。

手和足是当今被用于全息诊疗发展的最为昌盛的两个大的全息部位，其上所载的整体信息也被展现的最为清楚。对于手足，古人亦早有记载，《史记》中就曾述及古代高明的医家俞跗，专门摸脚治病，“跗”即“足背”，其名字已体现出以足治全身疾病的涵义。也可能有一天当人们发现更多俞跗摸脚治病的奇迹之后，他亦可与医圣张仲景齐名，确是当今足按摩的始祖。《华佗秘籍》中就有了“足心道”，成为专门研究足按摩的学问，至唐代足按摩盛行，连大诗人苏东坡都有“主人劝我洗足眠，倒床不闻钟鼓声”的诗句赞扬足按摩的保健之功，难怪唐玄宗时日本人、西洋人均派遣留学生来大唐学习“足心道”。

观手诊治全身疾患已在《易经》中有了详细的记载，至今由《易经》发展而来的手相学中都有详细的记载，用手穴治病在《针灸大成》中已单列章节，并专门用手上的十三穴针治全身的疾患，这为后世发展的手针，手诊奠定了全息论的基础。

腕踝作为一个独立的诊病部分被上海第二军医大学的张心曙教授潜心研究数十年而完善成腕踝针，这一研究起始于神经反射理论，用大脑和腕踝的神经反射信息关系治疗多种疾病，无论腕骨还是踝部的数块骨均为不规则的小骨组成，这正说明了全息照相术中无论打成什么样的“碎片”均可能呈现出不同程度的整体的影像的特点。因此也属全息诊疗的人体全息特性之一，因为其上确实载有整体的信息并在临床中行之有效。

综上可知在中医学的宝库中人们已自发的从不同角度继承和发现了若干人体局部整体间的全息缩影关系，应用于临床，而且已有了若干立体层次的发现和运用，如眼针与巩膜诊断，虹膜诊断，头针与头皮针各流派，手针与指甲诊断等。若自觉的以全息观点来寻找和探索，我们今后在更深入的层次中可以寻找出若干更为有效的微经穴诊疗系统（人体缩影）去为人类健康服务，更为重要的是以全息观点为主导，以各种全息诊疗法互相取长补短以提高疗效，超出一方一法的诊治，发挥全息诊疗法群体的优势以扩大诊治疾病的范围。

第二节　人类精神心理的全息特性

人类全息特性既表现在躯体亦明显表现于精神心理，这是人类特有的。王存臻，严春友大量研究了精神的各种形态之间的共性关系，提出了精神全息律和物质——精神全息律。

人类的精神并非一笼统概念而是具体表现在情感、表象、能力、思维、意识、意志、意会、气质、记忆、知觉等众多形态之中，这些形态的综合作用被称之为精神，或叫精神心理状态。不论意会还是气质对于精神整体来说，均可被称作精神整体的一个全息元，在这每一个精神全息元中均可看到精神整体或曰精神整体的缩影。任何两种精神形态之间也都互相有所包含。换言之，也就是说记忆中包含有知觉、情感、思维、意识……，反之情感、知觉、思维、意识……之中也包含了记忆。因此从每一种形态都可以看到精神整体。再以情感为例加以剖析，一个人的情感是在已有的社会情感影响下形成的，社会情感是通过一个人包括其家庭在内的各种人际交往与各种宣传媒体来不断影响个人的情感，逐渐变

成个人情感的特点，也就可以说个体情感是社会情感的反映，或说是社会情感的缩影、烙印，个体情感是社会情感海洋中之一滴，这情感的一滴都与大海相同，也就是说这一滴中却包含了整个大海的全部信息，与大海全息，因此说个体情感显示着社会情感，个体情感是社会情感的浓缩，个体情感属于全社会。

无论哪一种形态的精神只能在相应的对象中实现，不能在自身中实现，换言之，也只有在全息共振中体现，如一个人爱的情感，决不能在自己那里兑现，单相思是徒劳的，只有在恋人双方才能体现，如果初次相见秋波相送一见钟情，那这初恋之花就会在和谐的全息共振中迅速开放，一旦结合也能心心相印，若不能形成和谐的全息共振，那爱情之花将会日渐枯萎成为落花流水，这里和谐的全息共振就充分体现了情感的全息关系。在这里任何一方的情感为一全息元，而双方培养的爱情之果则为全息整体，因此才会有“夫唱妇随”，来表达这种和谐无比的全息共振效应。透过这一对对的爱情之花——做为全息元，我们又可以看到整个社会爱情花圃——全息整体的内涵。梁山伯与祝英台，罗密欧与朱丽叶所以盛传于世，也正是分别生动地“再现”了中国和欧洲当时的社会情感。

古老的中医早在两千多年前就从医学的角度对人的精神心理在疾病形成与防治中的作用给予了基本的描绘。古人特别强调“形与神俱”、“形神合一”，这里所谓的“神”，即指人体心身状态，包括了心理活动。关于人类情态变化的认识更为深刻，而且也归属于人体五数的全息关系之中。如《素问·宣明五气论》曰：“心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。”《素问·天元纪大论》曰：“人有五脏化五气，以生喜怒思忧恐。”《素问·阴阳应象大论》进一步阐述：“怒伤肝……喜伤心……思伤脾……忧伤肺……恐伤肾。”这里把五脏六腑与精神心理密切联系在一起，构成了“形神合一”的全息相关关系网络。

在科学发达的当今，人早已不是单纯生物的人，而是社会的人，是社会的一个全息元。整个社会脉搏的变化都可在每个人中测到，如政治斗争，经济紧张，多方位的竞争，环境污染，工作不顺，事业坎坷，家庭纠纷等社会变化都会成为人体疾病形成的重要原因。一个人如果从主观意识和情感上能够顺应社会变革的发展，驾驭各种矛盾，把握自身的心理平衡与社会之间产生良好的全息共振效应，则心情愉快，事业昌顺，无病身强；反之则心情郁闷，疾病丛生。因此，人的精神心理活动能否与社会、与周围环境产生良好的全息共振，产生良性全息共振效应，作为社会全息元的人来说是强身健体的重要因素。

王存臻等对物质与精神认为在实践领域这一全息关系主要体现为主体和客体的关系，又可称之谓“主、客体全息律”，认为主体、客体之间是全息的。凡是客体中没有的，就不会出现在主体之中，凡是主体中有的，也必然出现在客体之中，也就是说，主体包含了客体的全部信息，反之客体亦存在有主体的全部信息，这就是主、客体全息律的基本内涵。主、客体之间是同构的，作为客体发展的一个阶段或部分的主体——人，不仅在信息结构上与客体相同，而且在信息的质上也与客体相同，不管在客体上发现多少层次，都可以在主体中找到它的对应层次，并且每一层次又包含着其他所有层次的信息。从基本粒子到人类所有层次无一例外地存在于主体之中，从物理运动到精神运动的各种运动形态也都包含在主体之中。无机信息、生物信息、人类信息、机器信息等都包含在主体之中。古人早已提出“人是一个小宇宙”，“人是宇宙的缩影”，“天人合一”，“天人相应”，贯穿于中医学的始终，也就可以说人是宇宙的一面活的镜子，人在自身中看到了宇宙，又在宇宙中看到了自身，人成为宇宙一个微小的缩影，它的所有属性都是宇宙属性的折射。如人脑可

为高度特化了的宇宙记忆器官，人和动物的视觉可为可见光存在的证据，证明可见光在生物形成时期一直存在着。人和动物的听觉则是古代声音的遗存，如果没有持续的声音刺激，听觉不会形成。直至DNA的存在可谓生物进化的一本史书。因此，可以说主体的发育过程是宇宙发育过程的重演，就如同生物个体发育是生物进化的重演一样。

中医学历来主张心身统一，形神一致，这也就是说心理状态就是肉体状态的反映，同样肉体状态亦完全反映了心理状态的变化，两种状态中任何一方的变化都会引起形与神的一系列变化，形成形态生理的或病理的全息共振效应。常言曰"怒发冲冠"，正是形象的说明了人当生气至极时，不仅瞪眼、握拳、连竖毛肌也紧张起来，以致头发直立达冲冠之状。再如"喜笑颜开"、正是说明人遇喜事时，脸上的表情肌也随之"欢乐"起来，透过这诸如此类的成语就明显的看出肉体的一切变化会在精神活动中兑现。反之精神的一切变化亦会与肉体发生一系列和谐的全息共振，这种思想早已融入了中国语言文化之中，因此可以说精神活动规律是物质变化规律的高级阶段，是物质规律的延伸，它潜含在物质定律之中，而当它显现出来时又包含了物质定律，因此说精神——物质之间是全息的，存在着全息共振关系。根据精神全息律和物质——精神全息律，笔者提出全息精神心理分析诊疗法应用于临床，取得良好疗效，具体内容在临床部分详述。

第三节　人类的时间全息特性

在学者们正把目光极其集中的投向前面述及的人体空间全息相关特性并加以系统整理研究的同时，山东医科大学李莱田在时空观统一的理论指导下，研究了全息特性的时间效应及其临床价值，于1986年提出了"时间全息"的概念及其临床意义(《潜科学杂志》1986，2)，1988年又结合其临床研究系统深化，在《山东医科大学学报(社科版)》(1988. 2)，发表了"论时间全息"。人体的时间全息特性不仅表现在躯体上，而且也充分表现在精神情志方面，对此中医理论中亦早有论述。

东方破晓，鲜花怒放，夕阳西下，花合叶偃，这已是人们司空见惯、诗人咏叹的昼夜节律现象，时间生物学早已确认所有生命活动都有明显的时间节律，如有长至若干万年再重现的冰河期和冰河间期，也有生物个体发育重现其祖先系统进化过程的生物重演律，还有由地球自转、公转而影响生物形成的年节律、季节律、月节律、周节律及昼夜节律。因此说从低等单细胞生物直到人类，每个全息元都在表现其空间全息的同时，也表现有整体的若干时间节律，称之时间全息。这里即包含了生物个体发生过程中其形态结构和功能(或行为)，表现与生物系统的形态结构和功能的演化在表达顺序上的相似性，即生物个体发育过程是系统发育过程的缩影，个体发育是系统发育的重演，也即生物重演律，还包括成长中的生物所具有的近似年节律，近似季节律，近似月节律，近似周节律，近似昼夜节律……等。

时间生物学研知人的大脑，身体的所有器官，甚至包括骨关节都有节律，人体没有任何一种变化是没有节律的。同时时间生物学也确认许多器官的节律可以发生很强的控制效应，并能使身体不同部位的过程同步化，这意味着对身体正常功能必要的某种周相关系得以维持下来。人类包括大脑在内的中枢神经系统可以作为一个较高级的全息元，它的节律性功能已被人们认识并整合到机体的其他活动中去，表现为各种复杂的激素和细胞的节

律，这正是全息元与整体，或其他全息元之间，在时间全息方面所表现的相关关系。

因此可以说空间全息是阐明全息元在不同程度上为整体的缩影，而时间全息则是阐明全息元在某些条件下表达这一缩影时有着强烈的时间节律效果。如果离开了这个时间条件，全息元上的整体缩影就可能不被表达出来或表达的不清晰。

农业上早已有春种、夏长、秋收、冬藏和二十四节气来概括作物收种的时间节律，以夺取好收成。在中草药采收方面我们祖先早已运用了其年节律、季节律、月节律和昼夜节律来保证药效。如《神农本草经》（二孙辑本）中绝大部分药物都已记有采集月份，许多药有采集日子。例如：芍药、白薇、射干、泽漆、桃花、泽兰、黄芩、苦菜3月3日采，肉苁蓉、蛇蜕、蜣螂等5月5日采。其他《本草》有“三月茵陈，四月蒿，五月采来当柴烧”的生动描绘。有经验的药农都知道一年生黄芩质量差，铃兰应下午4时左右采集。现在已知原因在于一年生黄芩有效成份含量低，不宜采用，铃兰下午4时有效成份含量最高，过时则降低。

在医疗方面中医针灸早有“子午流注”、“灵龟八法”、“飞腾八法”等按时辰循经开穴针刺的方法。“子午流注”就是根据出井、流荥、注俞、行经、入合的气血流注、盛衰开合的道理，配合阴阳、五行、天干、地支、脏腑等逐日按时开穴，在经络这个全息元上依不同经脉各有一定时辰气血充盛（旺时）的特点按时间全息的节律取穴，要比仅按空间位置取穴在任意时间针刺效果好得多，这已是针灸界公认的事实。

《素问·脏气法时论》中指出五脏病在一昼夜中各有“慧”、“甚”、“静”之时，曰：“肝病者，平旦慧，下晡甚，夜半静。”“心病者，日中慧，夜半甚，平旦静。”“脾病者，日昳慧，平旦甚，下晡静”。“肺病者，下晡慧，日中甚，夜半静。”“肾病者，夜半慧、四季甚、下晡静。”这里“慧”指病人感到精神清爽，“甚”指病情加重，“静”指病人安静下来，病情较为转轻。我们分析比较可能反映五脏本质的人体体温、脉搏、血压、氧气摄取、细胞分裂、血液中嗜酸性细胞、淋巴细胞、血液 Ca^{++}、血浆蛋白、血浆葡萄糖，血浆脂肪、17－羟皮质酮、睾丸酮、脑电图、尿·肾清除率等28种生理变量的昼夜节律峰值相位及95％可信限的时限恰与《内经》中的“甚”时相当，若在此“甚”时之前用药，则可获得较理想的效果。因此“甚”时可作为择时治疗的原则应用于临床，并进而提出“脏腑择时用药式”如表1－2。

表1－2　脏腑择时用药式表

肝腑	“甚时”	时钟时间	最佳用药时间
肝与胆	下晡、申时以下	15～17时以下	15时左右
心与小肠	夜半、子时	23～1时	21～22时左右
肺与大肠	日中、午时	11～13时	12～13时左右
肾与膀胱	四季（辰、戌、丑、未）时	7～9、19～21、1～3、13～15时	6、18时左右
脾与胃	平旦、寅时	3～5时	6时左右

关于“肾”的研究已经证实这一论断，我们按人体全息相关特性选择可代表某脏器功能的全息元，研究其昼夜节律变化，其峰值相位与95％可信限，常与其“甚”时相当，

这就可能为择时治疗提供研究的捷径。以肾的研究为例，尽管“肾”的实质目前尚不完全清楚，但上海医科大学对肾阳虚的研究证明主要是肾上腺皮质功能低下。在这里肾上腺可为“肾”的一个全息元，虽对“肾”的本质尚不清楚，但可就其一个全息元进行深入研究，以阐明“肾病者，夜半慧，四季甚，下晡静”的科学意义。新近研究知肾上腺皮质醇一昼夜内的分泌是间发性的，Weitzman 将其分为 4 个时期，一为最小分泌活动相，约在 16～22 时，二为预备相 23～1 时，三为主要分泌相 4～7 时，四为间歇分泌活动期相约 8～15 时，与“四季”（即四个时辰）相比虽不完全相等，但亦包含在这 4 个时相之中（即辰、7～9 时，戌、19～21 时，丑、1～3 时，未、13～15 时）。由此看出系统观察时代所得的“肾病者，四季甚”，与分析时代研知的间发分泌时相是相通的，因“肾病”而达不到各分泌时相的峰值而病“甚”，其中辰时为主要分泌相。我国古代就有治肾病当晨起服药效好的众多论述，如明代杨瀛洲提出“补肾药应早晨服用。”金元四大家之一的李东垣有“清晨以腹中无宿食服补阳汤”之说。清·叶天士也有八味丸、肾气丸、薛氏八味丸、斑珑丸等药早晨服用的经验。近代研究知晨起 7 时一次服用激素效佳。由上可知两者完全一致。为此我们进行了临床病例观察，选用 17－羟皮质醇和睾丸酮上午 8 时和下午 3 时作为“肾病”观察指标，按脏腑用药式时间用药，治疗前检查 108 例，“甚”时用药治疗后检测 35 例，与我们自己做的正常组 30 例作对照。

观察结果用 IBM 微机、应用软件 M:N:Tab 进行分析，结果如表 1－3、1－4。

表 1－3　17－羟皮质醇上午 8 时和下午 3 时治疗结果对照表

组别	例数	平均数	标准差
病人治疗前	108	56.16	88.59
病人治疗后	35	101.55	89.25
正常组	30	126.31	88.42

对上述结果进行单因素方差分析 F＝9.34，P＜0.01，病人治疗前与治疗后，与正常人组间均有非常显著差异（P＜0.01），病人治疗后与正常人组间无差异（P＞0.05）。

表 1－4　睾丸酮上午 8 时和下午 3 时治疗前后与正常组差数分析

组别	数量	平均数	标准差
病人治疗前组	108	93.05	157.6
病人治疗后组	35	130.82	171.4
正常人组	30	174.96	104.3

对上述结果进行单因素方差分析 F＝3.61，病人治疗前与正常人组比较有非常显著差异（P＜0.01），病人治疗后与正常人组比较无差异（P＞0.05）。

用 t 检验法分析，t 值为 7.34，两者差异非常显著（P＜0.01），“甚”时用药组大大优于非“甚”时用药组。上述观察结果证明，我们用全息观点，选择适宜的全息元深入研究“甚”时节律变化，为择时用药提供了捷径。

表 1-5　“甚”时用药组与非“甚”时用药组治疗天数比较

组别	例数	平均数	标准差
“甚”时用药组	35	13.22	5.49
非“甚”时用药组	26	23.85	5.05

就一个具体的全息元来说也是有节律变化的，我们注意选择最佳时间施治将会用一分的时间全息措施去获取12分的空间全息治疗的效果，这就是我们提出时间全息并力求深入研究的临床实践意义之所在。在长骨侧疗法的应用中，我们发现治疗感冒、头痛、鼻塞患者在“午时”，即“肺病甚”的“日中”时限施治易获得较好的疗效。方云鹏使用头皮针时强调针刺的时机：“选择和掌握针刺的时机，对于头皮针临床疗效的关系很大。”他提出：“对有明显发病规律的疾病，在发病前针刺。”如疟疾在发作前2小时针刺；痛经和月经不调在经前一周扎针。发作性疾患有明显先兆的，在先兆出现时，立即针刺。如支气管哮喘刚开始出现胸闷、气急时行针。治疗失眠、遗尿症，在睡前半小时针刺为宜。人体营卫的运行昼夜节律称曰“五十营”，以诊五脏之气的盛衰，古人又把一日分为若干时段，每一小时段脉动五十次我们可称其为一全息单位，与一昼夜相应，每五十脉动中若见一代为一脏有病，若见二代为两脏有病，若见三代为三脏有病，若见四代为四脏有病，若见五代则为五脏俱病，以此五十动的信息以候整个人体各脏的疾病。

人们对全息元与整体的时间全息研究要比空间全息少得多，我们还须进行不懈的探索。

时间全息的内容中也包含情志时间全息的内容，也就是说不仅作为生物的躯体有时间全息节律，而且作为人的精神情志亦有明显的时间全息特性，亦应择时诊治和调摄精神情志以维护人类健康，增强和提高疗效。

中医理论中早已有一年四季的节律变化对精神情志的影响的概括论述，如《素问·气交变大论》曰：“岁木太过，风气流行，脾土受邪……忽忽善怒，眩冒巅疾”；“岁火太过，炎暑流行，肺金受邪……谵妄狂越”；“岁土太过，雨湿流行，肾水受邪……意不乐”；“岁金太过，燥气流行，……两胁下少腹痛……体重烦冤”；“岁水太过，寒气流行，邪害心火，身热烦心，躁悸……谵妄心痛”。这里的“风气流行”而“忽忽善怒”；“炎暑流行”而“谵妄心痛”；“雨湿流行”而“意不乐”；“燥气流行”而“体重烦冤”；“寒气流行”而“烦心”，“躁悸……谵妄”等已揭示了异常季节律变化对人精神情志的影响。前人不仅阐发了季节律对情志的影响而且提出了四季调摄情志的大法，如《素问·四气调神大论》曰：“春三月……夜卧早起，广步于庭，被发缓形，以使志生”；“夏三月……夜卧早起，无厌于日，使志无怒，使华英成秀，使气得泄，若所爱在外”；“秋三月……早卧早起，与鸡俱兴，使志安宁，以缓秋刑，收敛神气，使秋气平，无外其志，使肺气清”；“冬三月……早卧晚起，必待日光，使志若伏若匿，若有私意，若已有得”。

实践中心理学家也已注意到月相的圆缺，亦即月节律对人体情志的影响，月球的变化，海潮的涨落与人的情绪变化呈轴的转动模式，当月圆涨潮时，人的情绪易紊乱，亢奋，易发病，精神病院的病人此时精神活动常更紊乱，怒号、撕打、毁物，甚至自杀者显著增多，对正常人来看月圆时使人不自主的烦躁难以入睡，月缺时情绪则较稳定，不易失眠。在长期医疗实践中我们亦发现心身性的疾病如冠心病、高血压等发病率最高的时间是

农历十五这一天。《素问·八正神明论》中亦指出"法天则地，合以天光"，对针刺治病提出"必候日月星辰，四时八正之气，气定乃刺之"。

近代研究已发现人的情绪活动以28天为一周期，按照高潮期→临界期→低潮期→高潮期这一规律循环往复。在高潮期人的情志多舒畅，表现出充分的创造力，发病亦少。临界期人的情绪表现的极不稳定，易发生差错。低潮期人的情绪多表现为烦躁，喜怒无常，此期易产生情志疾病，人们应有意识的加以调节控制，以防止疾病的发生或加重。就一天来看人们清晨情绪最稳定，至傍晚则易烦躁，这正是为什么晚上下班之后在密集的居民楼群中常会听到锅碗瓢盆加吵闹、打架的交响乐此起彼伏的时间全息原因。

综上可知在预防和诊治疾病时，应当充分注意到情志与躯体所载有的时间全息信息，有一个完整的时空观统一的全息概念而不是单纯空间全息的概念来指导防病治病，就可能取得事半功倍、甚至功数倍的效果。

在阐明人类躯体与精神，空间与时间全息特性之后，全息医学的概念与原理也就更为完全、深刻了。

第四节　全息医学的概念与基本原理

一、何谓全息医学

全息医学是一门中医新分支学科，即以中医理论为基础，以人类长期进化发展形成的形态生理的全息相关特性，精神心理全息相关特性，时间全息相关特性为指导，从整体观念和辨证施治入手，以人体若干立体层次的各种全息元与整体的空间全息相关变化特性，时间全息相关规律，人类精神心理上若干全息元与整体空间和时间全息相关变化，躯体与精神间的若干全息相关变化及躯体与药物间的全息关系和全息优选用药为主要研究范围。运用这些相关特性，节律和变化，以调节人体生理和心理的异常，以各种无创伤手法诊疗，针刺，全息诊疗仪器，全息精神心理分析诊疗法为基本诊断和治疗手段，从与整体相似的若干层次与整体的全息相关共性入手来预防、诊断和治疗疾病的新学科。

二、全息医学的基本原理

全息医学以中医理论、整体观念和辨证施治为基础，运用全息元与整体及全息元之间的相关关系来预防、诊断和治疗疾病。全息医学基本原理的内涵主要表现对全息元概念的确立。

全息医学中的全息元包括两方面的涵义，一指人体上有自己独特功能而又包含整体信息的部分，如一个耳朵，一只眼睛，一个鼻子，一个舌头等，一个全息元既有表现整体所赋于的某一特有形态和生理功能的特性，如眼能看，耳能听，手能拿，足能行等，又具有整体各部分的全部信息，如手的中指腹面可有反映头顶、耳朵、血压变化的穴区，足按摩反射区中足拇趾上有表现脑垂体、三叉神经变化的穴区。全息医学就是运用全息元这一特性来在某一全息元的穴区上诊断和治疗全身不同部分的疾病的。

还有一个重要的方面是全息医学中的全息元具有精神心理的涵义，人类躯体的任何变化都不可能完全脱离精神心理而孤立变化，人类的精神心理同样存在着全息相关特性，每个人的精神心理特点反映着一定人群或整个人类的精神心理特点，反之全人类的精神是个体精神的综合表现。个体精神又影响和丰富着一定人群或整个人类的精神，因此一个人的

精神，一定人群的精神和整个人类的精神有全息对应的共振关系。单纯一个人来说，人的精神应分别在其思想、感情、意识、意志、意念、气质、记忆、思维、联想、能力、表象、知觉等多种精神全息元中表现出来，所有这些精神全息元整合协同作用的结果就构成了精神整体，而每一种精神全息元都浓缩着整个精神的全部信息，如各种思想无不打上阶级的烙印。因此可以说每一精神全息元都包含了精神整体，也为其他精神全息元所包括，从每一个人或一个人的某一种精神全息元都可以看到精神整体，这就充分反映出人类精神心理中的全息共振关系，全息医学就是运用这种个体与整体之间，个体各全息元之间的全息共振关系来为人类健康作出贡献的。

任何物质系统都是空间和时间结构的统一，全息医学中的全息元亦不例外。全息元还具有强烈的时间节律特性，即每个全息元不管躯体的或精神的，在表现着与整体或其他全息元之间的空间全息的对应关系的同时，也表现有与整体或其他全息元之间的若干时间节律变化的全息对应关系，即从生物学来看有着整体所存在的生物重演律，近似年节律，近似季节律，近似月节律，近似周节律，近似昼夜节律，……等一系列时间节律的全息对应变化。从精神心理来看每个人的精神心理都有着时间，地点及人群等不同的全息变化，可见全息元中表现着生、长、壮、老等时间节律变化。

因此，全息医学中的全息元的概念是指人类的形态生理、精神心理上有独特功能或特性，并具体有整体信息的部分，如一个耳朵、一个舌、一只脚、一只手、一只眼睛、一个鼻子、一个头皮、一种思想、一种情感、一种意志、一种思维、一种气质、一种表象、一种能力、一种联想、一种知觉、一种记忆、一种意志，……等。一个躯体全息元即有整体赋予的某一特有形态生理功能的特性，又在其内部各穴区具有表现整体各部分形态和生理全息信息时间和空间变化与差别的特性，如一只手能具有整体赋予的劳动特性，其上亦有近百个穴还可反映人体各器官部位空间和时间的变化与差别的整体信息。一个个体精神中的某一精神全息元（如思想）与另一精神全息元（如意识）或与个体精神，人群精神，以致整个人类的精神有其统一性即共性，但同时又表现着各自独有的特性，这些共性和特性不仅有着空间全息关系而且也有着若干时间节律变化的全息特性。由上可知全息医学中的全息元是一个强调其上存有整体全部信息的概念，这里强调的是人体的某一“碎片”中所包含的整个人体的影像，也就是整体的全部信息，而不是强调“碎片”（人体的某一局部）的具体形态，这和中医中的其他概念一样，是个详于功能而略于形体的概念。全息医学还强调即使躯体全息元上亦有着对精神心理进行心身调节的物质与精神的全息对应关系，如运用某些耳穴可调情志。

全息医学中的全息元其临床诊疗价值是有差别的，从躯体来看凡是在人体活动中占有重要位置的全息元，其上的整体信息就越多、越清楚、越完整，其临床诊疗价值就越大，反之则临床价值就越小。如人的头、眼、耳、手、足在人体活动中占有举足轻重的位置，其上面所包含的整体各部分的信息就比较多，反映也比较清楚完整，反之一块趾骨、掌骨，其在整体上的位置较次，其上所包含的整体信息也就相对较少。从精神心理来看，凡与个体精神心理活动关系越密切的，就反映其精神心理信息越多，其临床价值就越大，反之与个体精神心理活动关系越疏远的，就反映其精神心理信息越少，其临床价值就越少，如就一个人的精神心理变化来说，家庭精神就比整个人类的精神对其关系和影响密切，也就是说运用家庭精神去协调整合其家庭成员的精神心理的异常，其临床价值就较大。但临

床中应灵活运用这种精神心理中的全息关系才能获取良效。

全息医学与全息生物学是两个不同的学科，虽然两者中都运用了全息理论，但全息医学是以中医理论为基础。临床中首先从整体观念和辨证施治入手，运用具有躯体和精神心理两种涵义的全息元为人类防病治病，并强调全息元的整体全息信息特性，不仅有空间全息特征，而且有时间全息节律特性，只有在最佳时间诊治才能获得良效。全息医学为临床学科，属于生物心理社会医学范畴。全息生物学是一门生物学科，以全息胚为研究对象，强调为一结构功能单位，不包括精神心理的内涵，属于基础理论学科的范畴。全息元和全息胚是分属于两门不同学科的两个不同概念。

第五节　全息医学的信息论基础

全息医学借用物理学全息术、全息成像的道理，在全息论与中医学的结合点上生长与发展。她以全息理论为纲，重新整理中医诊断治疗学，包罗了针灸学，并将微针、微诊系统归纳统一到她的麾下；全息医学又以控制论为科学思路，把信息论原理引入人体控制系统，奠定了牢固的理论基础，形成独特新学科。

现代科学家将宇宙概括为三元聚合体，三元即物质、能量、信息，并提出了三元的相互转化、不可分割与永远不灭的观点和理论。

人体是宇宙万物之一，同样是物质、能量和信息的三元聚合体，而疾病、心理情志变化，正是人体内物质、能量存在、变化或变异的外在表现，即表征，也就是信息。当然，人体信息还包括许多方面，如遗传信息等。对传统的十四经穴系统（即巨针系统）穴位诊断和所有面诊、耳诊、舌诊、脉诊、手诊等微诊系统的诊察，正是对于疾病与心理情志等信息在体表和某一局部表现的捕捉，并可常常发现疾病或心理情志变化的早期信号，有利于早期发现病患，及时治疗，消除潜伏的危险，保障机体健康。因此，要研究全息医学，必须对信息论要有个最基础性的了解。

一、信息与信息论

信息论是一门利用数学的方法研究信息的接收、传送、变换、计量和储存的一门新兴的边缘学科。

信息是人类社会和自然界中普遍存在的现象，是物质形态及其运动规律的体现。其含意有二：一个是狭义的理解，指新消息、当面交流或远近距离通信的各种内容；另一个是广义的概念：凡是自然界、人类社会和人体各个控制系统内部以及各控制系统之间相互联系、相互传递和影响的各种事物及其变化情况。简言之，宇宙物质世界的一切及它们的变化都以信息为自已存在的重要表征之一。

从另一个角度看，信息又在分属于哲学和信息学的范畴时，其含意虽有联系，但又有所区别：例如哲学家认为信息是物质世界存在的一种形式。在宇宙间，信息是广泛存在着的。信息流总是同物质流和能量流联系在一起。物质流和能量流在人们意识中反映为关于某种物质流和能量流的信息。物质、能量和信息这三元，实质上是构成宇宙间一切系统的原始要素。这种作为物质世界表现形式而存在的信息，是一种自然性质的信息。而信息学家则认为宇宙间存在的这种自然信息流是信息学范畴的信息产生和发展的前提。人类在生产实践活动过程中，通过感觉器官不断地接收和积累自然信息，经过人脑的一定加工后，

成为进入社会交流系统的社会化信息，而这种社会化信息既可以作为人们日常生活和生产活动有用的信息直接进行传递和交流，又可以作为知识的原材料，经过思维的判断、推理、加工和组合，形成具有概念、公理、定义和理论的信息聚集态的知识，用于指导科研和生产等实践活动。本文讨论的内容更偏重于哲学意义上自然性质的信息。

人类的生存和发展，离不开对信息的感知和利用，人类社会发展的速度，也在一定程度上取决于人们对身体内外信息的感知和利用。举例来说：一方面，在日常生活中，对外界环境情况各种信息的感知，人们依靠各种感觉器官（眼、耳、鼻、舌、身）不断感受而获得，如由眼得到视觉信息，一旦失明，就用手杖探路，依靠听觉或触觉（包括盲文）来获得所需信息，而且由于代偿关系，盲人的听觉、触觉比常人更敏锐；在社会活动中也是这样，人们广泛地进行着情况交流，即信息交换。通过写信、打电话、拍电报等各种方式相互传递消息，通过广播、电视获得国内外情况的信息；在工作和劳动中，人们借助测量仪表获得机器运转状态的信息，通过控制，操纵装置，将指令送给设备，使其更好地运转。

另一方面，为了维持身体健康，我们还需要获得有关人体内部的各种信息：包括病人自述症状、医生检查出的体征，以及脏腑器官生理、病理活动的各种测量数据——血压、体温、心率、各种化验、心电图、X 线、B 超、CT、磁共振成像等检查，进行综合判断，不断衡量是健康抑或生病，更通过复查，得到新的反馈信息数据，以推断治疗后病体恢复情况，再进一步制定治疗方案和复健措施。

我们知道，人体功能调控的自动控制原理与控制论的原理相似。控制论是以数学和物理学的方法，从信息角度研究各种控制系统中控制过程的共同规律的一门边缘学科。人体的各种功能调节系统也可看作是自动控制系统，并具有自动控制系统反馈联系构成的闭合回路。

按控制论的说法，信息的传递、变换、处理，是控制系统的基本特征。控制系统通过输入、输出元件、调制器件与外界环境或其他控制系统交换信息，在控制系统内部各组成部分之间也进行信息交换和反馈调节。人体综合控制系统包含有神经系统、内分泌体液系统和经络系统，其功能就是通过信息交换和反馈调节起着对内外环境各种刺激的全部信息进行接收、调制、交换、联系、调节，以保持机体的完整和与外界的统一。

二、信息载体

信息的传递、变换是需要一定的物质或能量作为信息携带者的，此即谓信息载体。信息的流动具体表现为信息载体的运动。如用语言交换信息，以声波（空气振动）为载体；用文字交换信息，以函件、杂志、书籍或电报为载体等。在人体内部，信息传递则是以神经电脉冲、神经递质或各种体液因子、经络系统中的“气血”等作为不同的信息载体。信息的流动必须在一定的空间和时间中进行，可以说自从有了人类，就有了信息，就有了信息载体。

信息既然需要一定的物质或能量作为信息载体，在这里有必要引入一个崭新的、对多数人来说比较生疏的概念，这就是“场”。

“场”是科学认识中的一个带有根本性的概念，这是一个极其卓越而深刻的物理思想。物理学家创立“场”的概念是在一个世纪多一点之前，但是导致这一概念的诞生，则是几千年来人类对事物和现象本质认识的发展，这些观念涉及世界最根本的基础。本文仅能介

绍一点最基本的知识，它对于理解下面所讨论的问题是至关重要的。

现已确认，宇宙万物无限纷繁，但它的实质就是一个：物质及其运动。物质的基本形态只有两种：一种是我们大家所熟知的实物（或称实体），包括着被研究得较多、较深入的各种看得见、摸得着或借助仪器才发现的各种物体、分子、原子、电子……，它的基本单位通称为“粒子”；另一种则是非实物形态的“场”，这种客体包括较容易被人们直接觉察到的可见光、重力场和可从仪器中间接探测到其作用以判断其存在的电场、磁场、引力场、核力场等等，它的基本单位通称为“量子”，或“场量子”，如光量子等。

“场”最初是在探讨两个物体间的相互作用时作为中介而引入的概念，借以说明何以两个物体有一定距离靠什么实现的相互作用。例如月球绕地球旋转或地绕日运行靠引力，如何实现这个引力？靠“引力场”这种物质完成；两磁铁异极之间的磁吸引力靠“磁场”这种物质去完成；树上的苹果因重力而落到地面，重力靠“重力场”这种物质去完成，等等。换句话说：“场”这种物质充填于实物及其内外所有空隙之间，是两物体实现相互作用的完成者，场是物质的连续形态。

电磁作用的完成者——电磁场是人类第一个发现和确定为具有物质特性的场，因为它具有能量，也有动量，质量，一切主要物质的属性，它都齐备了。电磁场是以波的形式（及场量子形式）向四周传播，以实现其作用的，因此又称其为电磁波。光，其实就是一种电磁波，可见光只是能被人的视网膜细胞感知的一定频率范围电磁波的混合体。

另一个证明“场”具有物质特性的证据是场量子和实物粒子之间的互相转换。现代核子物理学的最新研究中，电子（实物粒子）和正电子（反粒子）湮灭的实验表明：湮灭放出的能量以几个 γ（伽玛）量子——高能电磁辐射场量子的形式交出能量，后来又发现了相反的过程：硬的电磁场 γ 量子转变成电子和正电子对。于是，物理学家们第一次看到实物粒子和场量子的相互转变，这种转变是电磁场物质性最令人信服的证据。随着时间的推移，对于强的核场（原子核内的场）的研究进展表明也获得了这种证据。因此可以说：场和实物是两种完全平等的、相互辩证地密切联系的物质存在形式。不存在脱离场量子的实物粒子，也不存在脱实物粒子的场量子。现在，对“场”的研究已成为物理学和自然科学、哲学的前沿。

生物在基本物质组成上和非生物、无机物如金属、岩石、水等相比，在原子、电子层次上是完全相同的，均由实物粒子和场量子组成。但是，人作为生物，毕竟和非生物有根本的区别，它有生命现象，有自我更新能力，这源于分子层次上有核酸及酶蛋白。此外，生命这种物质运动的高级特殊存在形式还具有其特殊的生物场，包括生物电磁场、生物引力场、生物核力场等。从微观上看，生物实物粒子和生物场量子组成了生命体的基本单位。由此可知，在深层次上探索生命现象决然离不开对“场”的研讨，这已受到科学界越来越多的重视。

我们居住在地球上，从生命的起源到一切生物的生长发育、繁殖变化，从来是离不开阳光、地磁场等，阳光其实也是多种电磁波（场）的混合体。因此，生物本身就是物质世界的一部分，揉进了、同化了周围环境的物质，长成了自己。由于生存的需要，人和其他生物必须感受（或发送）、传导（传播）和调制体内外各种实物和场的刺激，并作出适当的应答，便成为机体基本的、不可缺少的功能。人体内各脏腑组织在产生和分化中，其结构和功能无不和电磁场相关联。携带能量传播信息的电磁波（场）是现代无线电通讯的重

要载体，人和所有生物也归属于信息世界，参与电磁波对全部信息的发送、传递、接收和反馈。

三、信息通道

任何信息都经一定的通道来传播，称为信息通道。外界信息通道很复杂，在此不多作讨论，最新出现的一种高科技信息通道——光缆，就是借电磁波这种信息载体传播的信息通道。在生物机体中信息通道也可以具有各种不同的形态结构：当信息以神经电脉冲为载体时，相应的信息通道是由神经纤维构成，信息通道的循行路线与神经纤维走向有关。

当信息载体为内分泌激素等体液因素时，信息通道由内分泌腺，血管及淋巴管等构成，其循行路线与血液、淋巴液的循行路线有关。

当信息载体为气血（生物电磁场）时，信息通道由经络系统所构成，其循行路线与十四经及奇经八脉走向有关。

由此可见，信息通道的具体构造与信息载体的特性有关。同一信息在传递、变换、处理过程中，可能要采用各种不同的物质或能量为信息载体，通过不同的信息通道 传播信息。例如在针刺治病过程中，针刺并未向人体输入什么药物，而是通过针的刺激，由穴位向体内输入了信息。由于穴位是立体结构，其周围的神经末梢或感受器受到此机械刺激，则可产生电脉冲，通过神经纤维这一信息通道传输此信息；同时穴位内外的细胞被刺伤，产生电解质生化变化，可通过血管、淋巴管或其它体液途径等信息通道传输此同一信息；由于穴位所在经络之经气受到激发，气血通过经脉这一信息通道也传输此信息。当然，只是由于刺激量的大小，手法不同，或病体功能状态不同，有的仅能借一种信息通道传输，有时各种通道可同时传输同一信息，这在后面将分别讨论。

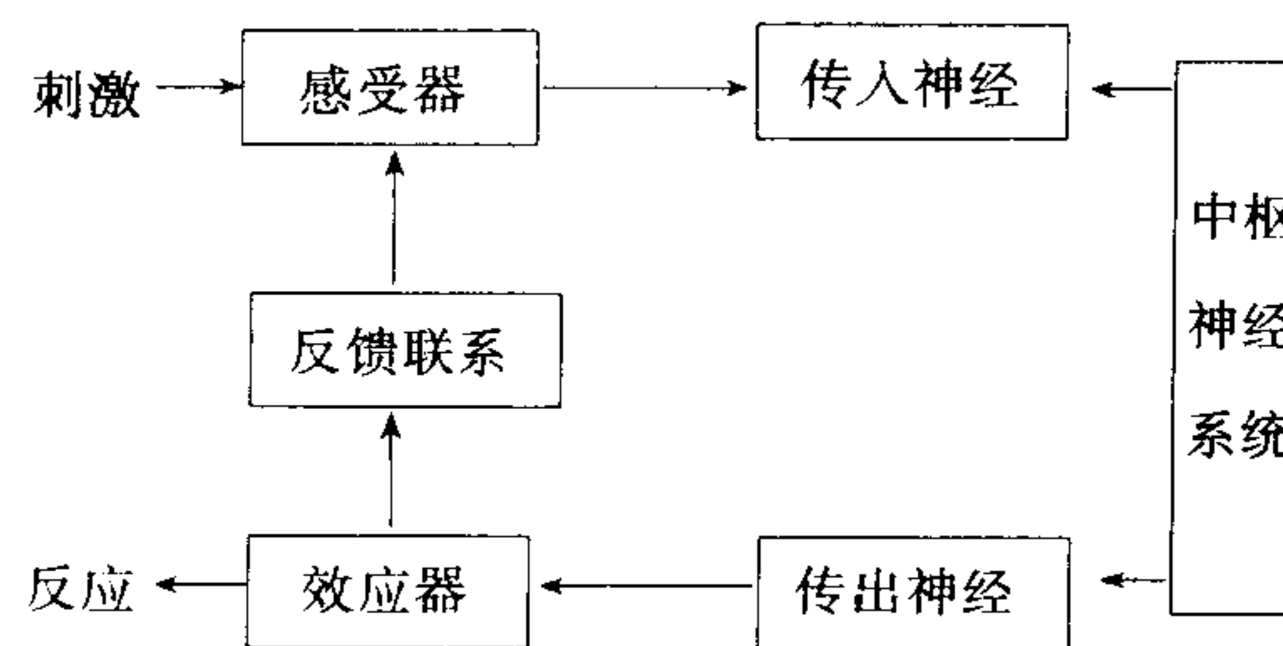
仅就经络这一信息通道而言，也是很复杂的，由于十二经脉分属不同脏腑。且脏腑间有表里联系，又有阴阳对立，则十二经脉信息通道传递的病理信息和调整治疗信息也不一样。穴位或反应点（敏感点）是经络这一信息通道的体表端，要使一定量的治疗信息发挥其最快、最强的治病作用，所选择的信息通道（经络）应有传递信息量最大、传递过程中所受干扰最小，也就是说相应传递途径较短，与疾病患处关系最密切的“捷径”，这样才能保证针刺治疗信息在传递过程中迅速、准确，损失与变异最小。因此，当患者的“病理反应点”出现较多时，应作一比较，选择最为敏感的主要反应点施术。一般说来，主要反应点或穴位首先应在病变局部和邻近部位选取，因为与它相通的信息通道较短。为保证针刺治病信息的有效输入，临床上常把针刺信息同时交由二条以上的信息通道（经脉）进行传递，以加强信息传输的质和量，这就是针灸配穴的道理。

另一方面，配穴或选取主要反应点也不宜过多，这不仅为了尽量减少患者针刺的痛苦和易于掌握每个穴位的特殊效能，也是因为必须防止与避免针刺某些穴位后可能产生信息通道间的信号干扰，从而减弱效用。目前已有一些实验证实这种信号干扰现象确实存在，如针刺内关穴可使心率快的减慢，但同时针刺交信穴，这种作用就消失了。所以才有了“少而精”的选穴原则。

四、信息反馈

前面谈过，一切自动控制系统（包括人和其它生物体）是通过信息交换和反馈调节来保持稳定运转的。这种受控部分通过向控制部分发回接受上一次指令而运转情况的各种信息，又影响控制部分活动的过程称为反馈，即信息反馈。人体中的这种信息反馈使中枢得

以随时知道机体及其各部分的功能变化，以调整各受控部分的功能活动，根据需要而使之增强或减弱，增强者称为正反馈，减弱者称为负反馈。例如神经网络系统的基本活动形式是反射，中枢根据传入神经得来感受器被刺激的信息，经加工调制、判断，经传出神经向效应器发出行动指令，以对刺激发生反应。效应器引起的效果又要通过反馈联系到达感受器，再经传入神经传回中枢，使中枢得到效应器工作情况的信息，有利于更有效地指挥下一步行动。通过这种信息反馈，才能保证准确、高效的控制活动，人体的内稳定态即靠此机理而维持。如方框图所示：



（反馈联系模式图）

在上述那样简单的信息反馈中，感受器输入的信息来自周围环境，效应器也只对环境输出信息，这种反馈称为外反馈；人体的感受器是多种多样的，有体表感受器（包括皮肤、肌肉、关节、五官等）及内脏感受器。效应器可以是运动器官，使机体作用于环境；也可以是内脏，使其发挥效能。不论运动器官或内脏，专依上述简单的反馈控制还是远远不够的，为适应环境，保持生存，人体已进化到由外反馈及内反馈联合组成的较完善的信息反馈系统。例如人用手取食物，外反馈的输入是眼看到食物的位置，经神经中枢发号令到效应器——手，伸出去取食物。手与食物的差距经反馈调节而缩小，到准确得到。但只有外反馈还是不够的，因为环境因素一旦变化，输入信息暂时切断（如光线切断）就无法取到食物。这时，效应器本身——手的位置可以直接输入信息至神经中枢（即手的位置觉），用来调整手的动作，使去抓取食物，这就是内反馈。这就避免了干扰而维持稳定。

至于人的其它生命表征（信息）如体温、血压、呼吸、心率的相对稳定的调节，各种激素和分泌液质和量的相互制约，以及血液生化物质（酶与电解质）浓度的正常水平之维持等等，无不由精密的反馈调节所完成。我们自己也惊叹大自然的进化规律赋予了人体这么强大而神秘的全息适应能力!

五、从物理全息到医学全息

全息医学形象化地借用了全息术的“全息”二字，但医学全息概念与物理学的全息术已无法相提并论，其本意和原理都已有了很大不同。

1948 年物理学家噶伯（Gabor）用一个参考波与信息载波相干，并且在底板上记录了能再现信息的振幅和相位两个物理量的干涉图。这一发现，引起了物理学家的注意，经过理论研究和不断实验，一门近代重要科学技术——全息术应运而生，并在 X 线立体显微技术、全息照像、激光存储等方面，取得了广泛的应用。

生物体除了所能感受的化学信息（如激素、神经递质、酸、碱等）和表现为压力（如

触觉、压力觉）形式的信息等以外，绝大多数的信息都是通过各种形式的波（如声波、电磁波）作为载体来传递的。任何一种可以用来传递信息的波，都具有频率、振幅和相位三个物理量。特别是信息波的相位，是反映周围世界三度空间的重要物理量。

在生物界中，人和动物能够获得有关信息波的频率、振幅和相位全部信息，即能通过感受器感知三度空间的事物，并对反映三度空间的全部信息进行加工、存储和再现，这是人和动物全息感受系统的独特之处。

人只能用双眼来构成立体图像，用双耳接收信号的波程差来感知相位携带的信息。绝大多数节肢动物都长着一双蜂窝状的复眼，每个复眼又由成百上千个六边形（或正方形）、直径为30～50微米的小眼组成。模仿昆虫复眼做成的透镜，能用自然光将一个三度空间目标的全部信息再现出来。

胚胎学证明人和动物的眼睛是从大脑分化出来的，所以眼与脑联系密切。双眼将所获得的信息以最短的途径尽快送往大脑加工。视觉感受器是一种通过光化学反应的光电换能器，它将光波（电磁波）刺激按全或无定律变换成可用二进位制的逻辑函数来描述的神经电脉冲（恰似无线电通讯的密码单位），其信息是通过频率调制来传递和加工处理的。神经元具有空间总合和时间总合的规律，只有在刺激量大于神经元的阈值时，才引起神经元的兴奋（而大量阈值下刺激不被大脑皮质感知，但植物神经系统、经络系统可以感受、传导、调制、联系、分析，并作初级应答，从最基本方面维护了高级神经系统功能，储备了能量，保护了机体）。电生理实验发现仅仅与大脑活动静止周期的正相位同步的输入刺激可以被记录。脑灰质神经细胞外部的纤维结构虽与脑细胞连结，但又具有独立的功能，它除了传递信息外，还有调制信息载波频率的作用。

对生物信息加工和脑中枢神经网络的研究，发现小脑皮质结构也非常规则；用电镜观察，脑神经纤维的髓鞘与晶体的结构非常相似，是一种顺晶体样排列。这说明脑的结构极有规律，且类似液晶，可进行信息相干处理，以获得来自体内外的各种全息资料。还有人认为脑组织是一种电磁波的波导，可传递具有规律性的电磁波能量束，这种波可进行相干处理和全息加工。用这种能量可从脑的任何部位，任意提取和存储信息以实现记忆。人脑的记忆在功能上很像一张全息图，存储的三维（度）图像，可通过电磁波束相干来再现，并具立体感（似全息照片底板）。法国微生物学家、化学家巴斯德（Pasteur）在大脑右半球严重溢血而大半损坏之后，完成了很大一部分研究工作；有人做实验，将动物有关视觉的大脑皮质切除90％以上，动物仍能产生映像记忆。这些都说明了人和动物都有代偿适应的巨大潜能以生存，并且证明它们的记忆是离散存储的，像全息照片底板一样，可用参考波来复现局部残余底片的全息图像（即以部分再现和反映整体）。另外，对光的频率和相位不敏感的视网膜感光细胞，能在脑中产生和再现立体物像等事实，再次说明脑确有全息加工能力，何况大脑所发出的参考波能满足相干条件也一再被证明。

综上所述，我们从控制论、信息论角度介绍了信息的概念、信息载体、信息通道、信息反馈等基本知识，特别引入物质存在除实物之外的另一种形式“场”，对生物界的信息及其传递的理解可能有一定启迪。最后，从物理学全息术、医学全息的探讨和对比，进一步认识二者概念的过渡，对研究全息医学的原理也会打下一定的基础。

第六节 全息特性机理研究

一、发生遗传学根据

经历了严峻的自然选择，走过了漫长的进化之路，人体自动控制系统也逐步完善了对自身各器官系统的全息感知和全息调制。

（一）个体发生：从受精卵到成体

人的个体生命是从受精卵开始的，新个体具有双亲的遗传性，包含着双亲身上的全部信息，不但在形态结构上，而且在生理功能及病理特点各方面均全面继承，可说是全息遗传。

受精的实质是父母生殖细胞核的融合，合子包含了双亲的核物质。受精过程的发现无可争辩地证明了染色体不仅可以从一个细胞世代传到另一个细胞世代，也是多细胞生物体世代传递的媒介物。这个连续性使得染色体担起了遗传物质的职责。

受精使合子（受精卵）携带了两套染色体，一套来自父本，一套来自母本。每个个体都是由合子经一定数目的有丝分裂发育起来，有丝分裂与生殖细胞的减数分裂和受精过程与遗传基因的重新组合不同，它没有遗传基因的重组，染色体和其他核物质都复制成双份，当然遗传基因也是如此，保证进入不同子细胞的两条染色单体在遗传组成上完全相同。所以成体的所有体细胞都具有受精卵所包含的染色体数目和全部遗传信息。

现代分子生物学对染色质和染色体的微细结构研究表明：在细胞分裂前期，由于染色质的高度螺旋化和折叠，使几厘米长的脱氧核糖核酸（DNA，为双螺旋结构，为遗传信息的复制和编码提供了结构基础，遗传信息的功能单位——基因就编码于其上，呈严格有规则的线性排列，每个基因都有其早已确定的精确位置，因此，DNA 是遗传信息的载体。）分子形成只有几微米长的染色体，其长度被压缩了 8400 倍左右，这种包装方式使携带遗传信息的 DNA 能在细胞有丝分裂过程中保证平均分配给子细胞。这就是全息医学原理的发生遗传学基础。

人类的发育过程是十分奇妙的。我们人体的每个部分都是由大量功能专一的细胞组成，例如神经细胞、肌肉细胞、视觉细胞、纤毛细胞、分泌细胞、红细胞、白细胞等等。而且，所有这些细胞都是通过有丝分裂来源于一个共同的单个细胞（受精卵），一般地说，它们含有相同的遗传信息。这些细胞类型的差异，主要原因在于差别的基因活性，就是说，特定的基因在某些细胞中是有活性的（处于“开启”状态），其特点被表达出来；而在另一些细胞中则不具活性（处于“封闭”状态），就没有这个特点，比如，只有红细胞才能产生血红蛋白，神经细胞虽然同样具有产生血红蛋白的基因，但是处在失活状态（该基因被封闭），不能产生血红蛋白。红细胞和神经细胞在结构和功能上的差异，正是由于它们的基因在胚胎早期接受了不同的调控信息的结果。在以后的细胞分化过程中，在不同的时间，哪些细胞的某些基因表现出活性，某些处于失活状态，完全是按预定的方式被严格调控的。只能这样说，遗传密码编码不同肽链的基因之调控是相当复杂的，也是极其周密精确的，令人惊叹！

在胚胎发育过程中，由于细胞的不断分裂，根据功能需要而不断分化。细胞分化是一个连续不断的过程，而且随着器官组织的功能的专一化和复杂化程度的发展，而有进一步

地更多花样的分化。这些本来相同的细胞，由于在机体上所处位置的不同，分别形成了不同组织、器官、系统，以至于各种细胞的外形和内部结构都千差万别，但其染色体、遗传基因和含有的全部信息与受精卵完全相同。

同一个体千万个细胞的同源性和全息遗传是绝对的，而这些细胞间各自分化的特异性是相对的、表面的，故相互间并无绝对界限。生殖细胞看起来无论从形态、构造或功能上与体细胞似乎有天壤之别，但对某些动物的体细胞进行适当的处理、培养，进行无性繁殖取得成功，说明显示出类似生殖细胞的功能，证实有全息同一性。另外，体细胞与视网膜细胞也无绝对界限，都能感受光（一种电磁波），因此某些发育期孩子的手、耳、腋部皮肤的体细胞还残留着单细胞动物远祖所具有的较强感受光波的能力（返祖现象，此时这些部位的体细胞内能感受不同波长光波的基因尚在开启状态），而能认字、辨色、识图，自然也不再是什么不可思议的奇事。随着年龄的增大，这些体细胞能感受光波的基因被封闭，因而这些特异功能现象便逐渐消失。这也是发生遗传学中体现医学全息现象的一个例证。

神经系统的结构、功能最能说明医学全息现象：神经细胞通过轴突和树状突在物质结构上把人体全身内外联络起来。最新研究证实，神经系统内的信息传导不单是经生物电脉冲——神经递质的化学性触突传递，还有两相邻神经细胞体间的电传导，并且还有少量的双向交互性触突传导。这种神经细胞间确实存在双向特异性触突联系正说明人体表面的局部（如耳、面、手、足、第二掌骨侧全息穴群等）与整体部位为什么有密切相关联系的道理，因为这其中存在着全息反射联系，即各巨针、微针微诊系统上的任何一穴点在中枢内的投射，都与其所对应的整体部位在中枢内的投射存在这种双向特异性触突联系，这就是说躯体各部与相应穴点之间的那种犹如钥匙锁孔样的关系，是由中枢内神经细胞之间的这种复杂的全息联系所规定的。对此也称之谓“全息反射”，这也是德尔他反射说的基本原理。神经系统的这些复杂而周密的结构与功能更能使人的感觉器官和全身的肌肉、腺体等反应器（效应器）灵敏协调，使机体与内外环境高度适应，保证最完善的内环境稳定和整体全息对应调制。正像人们所熟知的：由于长期系统发生、进化的结果，在机体各部与大脑皮质全息对应联系的基础上，使得大脑皮质的分区定位恰似一张全息图：大脑皮质的感觉区，如初级躯体感觉中枢位于中央后回及其向内侧伸延为旁中央回的部分，投射于此区的纤维具有局部定位排列，好像一个倒置的人体“缩影”，头部代表区在腹侧，而下肢代表区在背侧；次级躯体感觉区也有类似的“缩影”，其方位是以其头部与初级感觉区的“缩影”头部重叠。大脑皮质的运动区也有类似“缩影”。这就是人体全息调制所具备的物质结构基础的确切证明。

生物进化论的创立者达尔文曾提出有名的生长相关律，他指出一个有机体的个别部分的特定形态，总是和其他部分的某些形态相联系，因时代的限制，他不知道由于分子生物学的伟大成就，我们已了解完善、统一的有机整体从细胞分化之初就依照遗传物质预先编制好的程序，密切联系着相关发生，各器官系统的每一步改变都同时在中枢及表皮相应部位有次序地留下印记，无数的联络点、线在机体各部形成无数的“全息图”。耳穴的倒置“缩影”排列，长骨侧的倒置“缩影”状穴点排列等微针、微诊系统都是这样的全息图。这一切都说明人体在系统发生、个体发育上的相关性、有序性、周密性。它们被完善的复杂机体自动控制系统精确调节，将无数全息图紧密联网、互相呼应、统一步调，保证了对

自身各器官系统的全息感知和整合，不但维持了机体的正常生长发育，而且使人类在长期进化过程中雄踞所有生物之首!

（二）系统发生：进化与全息适应

全息医学既然是中医学的新分支学科，探讨其原理就不能单纯以神经论来解释，应从中医领域基本理论的经络学说中寻求答案。现代研究成果表明：经络系统确是客观存在的，许多新发现说明它有物质基础。从系统发生的历史上看，经络系统是人和动物原始、古老、初级的对体内外刺激（信息）的感受、联系、传导、调节系统，它与神经系统在起源上相似但领先，功能上相近却不同。大量事实证明：在系统发生过程中，神经系统尚未发生及发育尚未健全时，经络系统已经是人和动物的主导控制体系。后来，神经系统发育，并成为主导控制体系，经络系统方“退居二线”，处于从属、不显地位，但仍有其独立自主功能，担当了后台的“无名英雄”角色。每当神经体液调节系统遭受意外伤害或严重病变而不能再正常地发挥其感受、联系、传导、调节功能时，经络系统便会“当仁不让”地立即起而代之，重显其主导控制作用，达到维持生命之目的，表现出生命之顽强，人体自动控制机能之完备。可是，神经系统病变治愈后，经络系统仍大度地“让贤”，将主导控制功能重新交还给神经系统，自己再次退至从属、不显位置，从不争功，默默地做着不被机体发觉的贡献。例如，观察偏瘫或听神经疾患病人，有经络敏感现象（显示出经络系统功能），且患肢比健侧明显；有文献统计，在截瘫病人中有32.3%发生经络敏感现象，而健康人仅为2.28%。而当神经系统病患恢复正常后，原有的经络敏感现象便明显减弱或消失（其功能又被神经系统功能掩盖，处于不显和从属地位）。

朴素的进化观念认为机体和它的器官总是向前分化、进化，增加新的、更完全的、更高级的；但同时，旧的、低级的、原始的也不尽数淘汰。经络系统即是明显一例，它不但与后发生的神经系统同时存在着，而且继续发挥着神经系统不能包办的功能，直接或间接地参与调控机体和维持生命。

我们知道，无论从历史进化长河的系统发生，还是个体发育中，神经成分的出现都是较晚的。在神经细胞发生以前，机体凭借着新陈代谢生化变化和生物电磁波（场）相联系，以保证内部各器官的功能协调和对外界环境的全息适应。这早已体现在中医学的“整体观念”和“天人合一（相应）”理论中。这就是最原始的体液调节和以生物电磁波（场）——化学变化为基础的经络系统调节的本源。这在神经调节出现以前的很长一段历史时期内起着人体自动控制系统的主导作用。

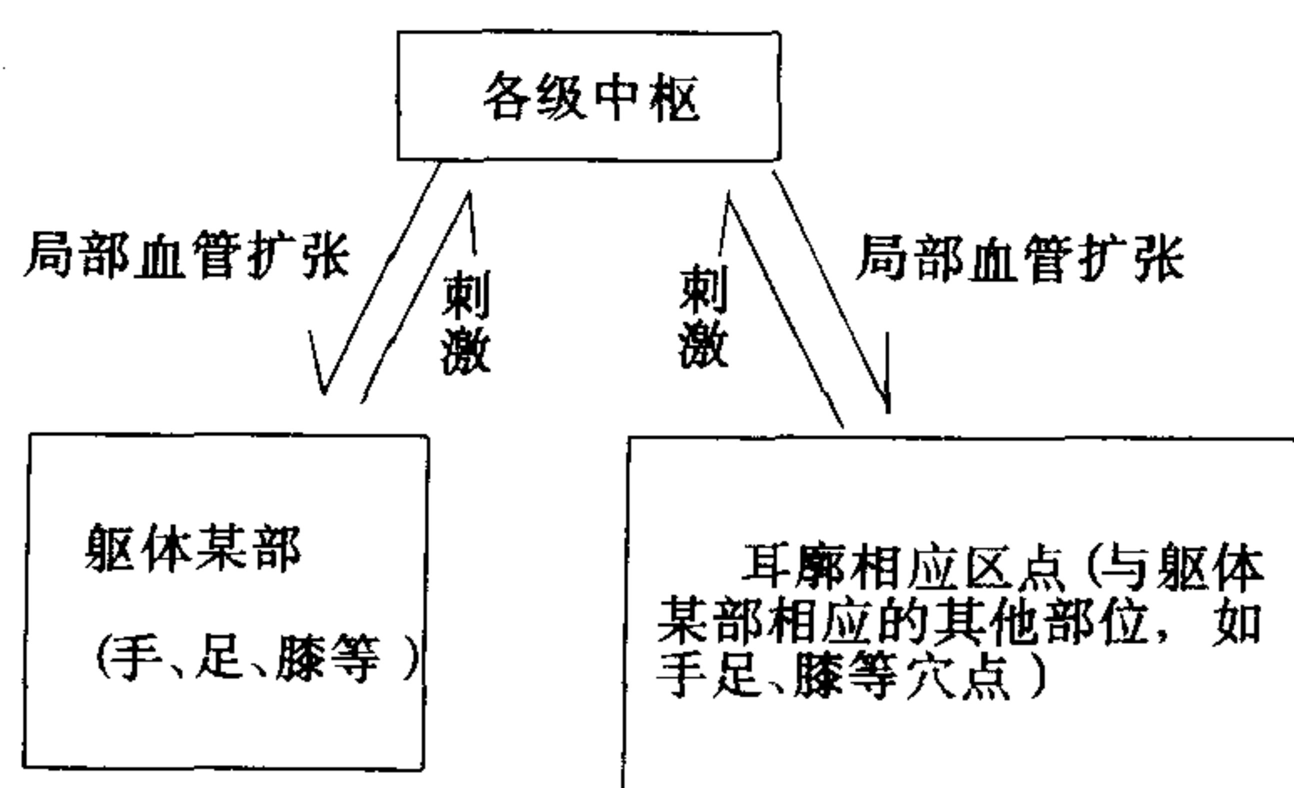
现代科学研究得知：高等动物和人一样，躯体皮肤表面都存在类似古代经络图中的低电阻线，上面散布着许多相当于穴位的低电阻点（日本学者分别称之为“良导络”“良导点”），这些线、点很容易接受外界电磁波和其他微弱刺激，即感受信息。这些低电阻线、点上的电量变化与相应内脏功能变化相一致。在健康状态下，双侧同经穴电势基本相同（平衡），只在病理状态时才发现两侧有明显差别（失衡）；经治疗有效，表明又恢复电势类同状态（即“阴阳平衡”），亦经仪器测试证实。

从系统发生的角度看，人体表面的低电阻线、点，正是单细胞生物最早期以其细胞表面感受、传导、调制体内外信息的痕迹，随着进化过程，由于生存的需要，保留、发展和强化（特化）了这些原始、古老的结构和功能。

中医学经典著作早有记载：“有诸内，必形诸外；视其外应，以知其内脏。”全身各个

不同部位的表面均有与每个脏腑相关的穴点（外应），并以经络连通，形成复杂网络，以最大限度配合神经、体液控制系统，保证机体准确、迅速地反应外界不良刺激（以避凶）和内部脏器病理变化信息（更有效及时地予以调整）。这是适者生存、生物进化长期自然选择的结果，不如此，早就被淘汰，传留不下来。这些全身各个不同部位的穴点，各自组成巨针、微针、微诊系统，尽可能多地接受体内外全部信息，形成全息适应。由于不同部位功能不一，细胞分化、发育各异，所以不同部位外表形状千差万别，其上面的穴点分布形式当然不一样。这就可解释耳穴分布、长骨侧全息穴点分布等微诊、微针系统表面形式的差异了。正如生物全息律的发现者张颖清所预言的：全身的微诊系统是无可计数的。临床发现和常用的耳针、头针、面针、手针、足针、口针、鼻针等微针系统，是对比巨针（十四经穴系统）来说，是小，是微，但还可以更小、更微，直到每个细胞，是谓最小一级的全息元单位了。只有这样，机体才可以高度准确反应整体失调或与外环境不适应的信息，并尽快、尽多渠道地向中枢传导，作出对机体有利的正确应答与调整。这里说的中枢，不光指高级神经中枢大脑皮质，还有各低位中枢，如植物神经中枢下丘脑，脊髓前角细胞等，以及经络中枢。经络中枢也许参与了下丘脑的形成。

喜欢用耳针与巨针（十四经穴）系统结合治病的美籍朝鲜医生赵敏行（M. H. Cho）所做的德尔他反射实验，也证明了发生遗传学所决定的机体全息对应关系：他用胶布将电子测温计探头固定在耳廓的手、足、膝、腹等区点上，每次固定一个探头，待测温计指针稳定后，用冷、热或扎针刺激双手、足或膝部等部位，则可见在 10～15 秒内，耳廓上与受刺激部位的相应的区点皮温上升 1～5.5℃，维持一定时间，最长可达 2 小时左右，并有个体差异，而不相应的区点未见温度升高；相反，同样刺激耳廓某区点，亦可在相应躯体上出现皮温升高。



从上述反射通路看出，这种躯体内脏⇆中枢⇆耳廓相应穴点间的通路是双向反射径路。这种反射径路不仅是耳针疗法的基本反射通路，也是巨针系统（十四经穴）和其他微针系统刺激疗法的生理学基础。由于这一反射呈三角形，颇似尼罗河下游的德尔他三角洲，故称其为德尔他反射。

赵氏从他的实验中得出结论，认为躯体（或内脏）某部与其相对应的耳穴间犹如钥匙和锁孔一样的对应关系。同样可以断言，躯体或内脏某部与其相对应的巨针系统及所有微针、微诊系统之间均有全息对应关系，这是生物界系统发生的印记，是长期进化、全息适应的结果。

（三）隐性感觉与潜在信息

体内外物质、能量及其运动的复杂性、信息载体及信息通道的多样性，决定了信息无论从种类数量上，或者是性质特性上（诸如频率、相位、强度等）都有极大的不同。

我们根据人的大脑皮质能不能感知、接受，而把信息分为两大类：显性信息和潜在信息。大脑感受某些阈值以上的刺激，方能得到显性信息，而那些刺激强度小、频率低、相位不适合的信息在脑的感觉阈值之下，不被感知，接受，是谓潜在信息。

人们获得显性信息的能力靠显性感觉，而感受潜在信息的能力靠隐性感觉。

一提感觉，大家习惯于想到显性感觉，即疼痛、麻木、酸胀、沉重、触电感，以及视、听、味、嗅等特殊感觉，而且必定把它和神经的功能联系在一起。但是，体内外广泛存在的各种信息，其所携带的信息的能量（刺激量、强度）只有达到一定的阈限，才能被大脑皮质感知，因而有相当大的局限性；在此阈值以下（或阈限以外），有大量的潜在信息存在，而其中有些刺激在对人体发生作用，引起各种不同的生理、病理反应，却都是在不知不觉中被意识之下的“潜意识”感觉所感受，所以称其为“隐性感觉”。例如，人的视觉对可见光波波长的感觉阈值在400－760毫微米之间，而对阈下的紫外线和阈上的红外线虽然看不见（无显性视觉），但它们均可对视网膜发生作用（都有伤害性，证明有隐性视觉），则是熟知的；人的耳朵可感知频率为20－20000赫兹之间的声波，虽然听不到阈下的次声波和阈上的超声波（无显性听觉），但它们均使人体发生生理、病理反应：对肝胆部位过多、过长的超声波检查可引起肝区痛，次声波则可使人发生恶心、头晕、胃痛等不适症状。而有些动物（如蝙蝠等）却能感受对人来说属于潜在的信息，而且成为其生存的必备条件。

其它的感觉也是如此：不到一定的强度或浓度，便不会引起显性感觉，得不到显性信息，但不能说该刺激不存在，或人体不发生任何感受反应。以上大量事实也从感觉梯度上验证了量变到质变的规律。

伟大革命导师恩格斯通过研究分析生物的系统发生和个体发育的科学成果，早在100多年前就在《反杜林论》一书中提出了“感觉并不必然和神经相联系”的名言。这是对无数事实的高度概括，是真理，自然也是存在潜在信息，隐性感觉的理论根据。

如前所述，人和动物在个体发生中，神经系统是较晚发生和完善的（从时间全息的角度看，是系统发生的重演和缩影），在此之前，尽管神经细胞还未分化，神经系统尚未形成，生物机体对内外环境各种刺激都会通过细胞及其生活物质的生物电磁波——化学机制发生感受和反应。因此可以说：感觉是生物对一切强弱刺激（信息）的基本反应能力，它并不总是同神经器官相联系的。潜在信息、隐性感觉的普遍存在这一无可辩驳的事实，无疑证明在人类神经系统高度发达的情况下，恩格斯的名言也是完全正确的。

当病人患某种疾病时，皮肤表面并不感到自发的痛楚。可是经医生一检查，常可发现有特殊压痛点（敏感点）：如西医所熟知的冠心病人在左肩臂、背部，胆病者在右背部，阑尾炎患者在右下腹部（马氏点）等可找到压痛点；中医针灸医生诊察胃病时在胃俞或足三里穴常可找到压痛点，胆囊炎、胆石症病人在胆俞、阳陵泉穴有压痛；耳穴、第二掌骨侧全息穴群等微针、微诊系统压痛诊断已成为针灸临床和全息医学工作者常用的重要诊察方法，广泛用于疾病定位的辅助诊断。本来该点无自发痛感，经医生轻轻按压，便立即感到难忍的灼痛，就证明原来该点早有隐性痛感存在（已有潜在病理信息），只是刺激量未

达到大脑皮质痛阈，不觉痛楚，经外力按压刺激，补充了能量，增加了刺激强度，达到痛阈，才被大脑皮质有关中枢感知，才有了显性痛感，此谓“隐感的显化”。缘于此，潜在的病理信息变为显性信息，成为诊断疾病的证据。

压痛点总是伴随着高电导、低电阻而出现，所以用经穴探测仪的圆头探针探测到压痛点时，当即看到表头显示导电量增高，有的经穴探测仪还可通过换能器发出响声、亮光而被医生测知，有了客观诊察依据。而当疾病全愈时，压痛点随之消失，导电量也减低，经络敏感现象也减弱或消失。

植物性神经所支配的内脏器官正常生理活动基本上发出潜在信息，自身只对其产生隐性感觉，如胃肠蠕动、胆囊收缩等，一般不被觉察，或仅有很轻微、模糊的感觉；只是在病理刺激量达到相当强度，才导致其痉挛性收缩，方发出显性信息，超过大脑皮质痛觉阈值，则出现“痛”这一显性感觉。同样，人的躯体神经的正常生理冲动（电脉冲），也属潜在信息，作为潜意识的隐性感觉，并不被自身所感知，只是在病理性刺激（如发炎、受压或外伤等）达到一定强度了，才会出现痛、麻等显性感觉，方获得有病的显性信息。

氦一氖激光穴位照射（光针治疗）时，大多数情况下病人毫无觉察（敏感病员或大功率照射时可能稍有温热、麻胀感），但用经络测定仪完全可以测出经气变动和循经感传，而且临床上确有良效，这说明光针可导入潜在治疗信息，主要经“隐性针感”而“得气”获得治疗效果。

许多老针灸专家手法轻柔，针刺治疗中病人并无酸麻胀重等显性针感（此时老医生手指已感到针下沉紧，如鱼吞钩），但治疗效果颇佳，同样是输入潜在治疗信息，病人是经隐性针感“得气”而获效。

由以上讨论可知，潜在信息，隐性感觉广泛存在于人和动物体内，是经络控制系统信息传导和大量神经、体液控制系统信息传导的特点，它们都与整体控制系统的全部生命信息密切相关。隐性感觉的存在，在绝大多数情况下保护了机体：在自身神经系统高级中枢全然不知中悄悄地处理着体内外来的潜在信息，调整着机能的失衡，使最早期发生的病理变化得以复原，而不受到惊扰。由此推断：植物神经比躯体神经低级、原始、隐秘，经络系统比植物神经系统更低级、更原始、更隐秘。由于它们均处于整体全部信息圈中，各以不同系统发生和个体发育阶段、从不同层次反映了整个机体及其各器官、部位的生理、病理变化，成为整体时间全息和空间全息的重要组成部分。

二、生物电磁波波导管说

全息医学原理的发生遗传学根据，基本上已深入到分子生物学的领域进行探讨和阐述，这一部分试图涉及更为微观的一个层次——粒子、量子范畴。

生物电磁波（场）和波导管说，原是我国经络实质研究的主要学说之一。这一学说的提出，对许多单纯用神经体液或笼统的经络学说解释不清的问题，提供了开锁的钥匙。该学说若用来阐明基于信息论基础的全息医学原理，也可提供确凿的物质基础，因为生物电磁波（场）是人体全息的载体，而波导管则是人体全息的信息通道。

经络实质的生物电磁波（场）学说的内容是：由于生活在地球上，人和其它生物始终离不开地磁场，磁场成为生物体生长发育、正常生存所必备的条件之一；另一方面，电磁过程也是生命活动的最基本过程，人体也是由基本粒子（原子、电子等）和各种场量子所组成，原子中的电子绕核转动其实就是电流，此生物电流会产生交变电磁场，以波的形式

传播，即生物电磁波。人体各脏腑器官形态构造、及功能等均不同，它们所产生的生物电磁波的频率、振幅、相位等全部信息也各异。作为信息载体，由各脏腑器官产生的不同生物电磁波，携带着不同的信息，各通过与本脏腑密切联系的信息通道（即经络线），向体内外传播，藉以影响相关的脏腑器官，并被相关脏腑器官发出的反馈信息所影响，共同参与整体功能活动的调节，而且保持与外界环境的协调统一。

携带不同信息在经络中传输的生物电磁波（场）就是中医学上所称的“经气”。根据生物电磁学的研究，生病就是因为人体内各器官系统电磁波（场）被意外干扰、关系失调造成的：原来向外传播的正常生理性电磁波（场）由于该脏腑器官因病理过程而发生变异，或被扰动，那么在相应的经络、穴位或反应点上就可出现皮肤改变、压痛，或皮肤电阻变化，这就是通过全身各巨针、微针、微诊系统诊断疾病的原理；同时，由于体内不同组织器官各产生恒定电磁场，各具有其固有频率、振幅和相位，利用该特点制成测定各组织器官结构、功能的心、脑、肺、胃、肌肉……电图仪、磁图仪、彩色超声探测仪等，已广泛应用于临床，以新颖的全息图景，给病人以更快的明确诊断。这些高新技术都大大丰富了全息医学诊断学的内容。

同样，全息医学治疗学的重要手段之一，就是在全身各巨针、微针、微诊系统选定的病理反应点（及穴位）上，采取各种形式的适当刺激（如按压、针刺、艾灸、超声、微波、激光、电、磁等），以这些物质及能量作为信息的载体输入人体，对疾病进行治疗，以纠正发生变异或被扰动的携带病理信息的电磁波（场），使之复原，就能调整相应经络所通连的脏腑器官或经行部位的功能失调。

至于作为信息通道的经络线又是什么呢？青岛医学院已故物理学教授、针麻经络研究室张秉武主任在1959年创立的经络的生物电磁波波导管说作了形象而恰当的说明。该说把人体比拟作极复杂的电子仪器，认为“经气的实质是以红外线—微波波段为主体的电磁波，这种电磁波在体内能产生与代谢相关的无线电波化学反应”，建议“用特殊波导管来模拟经络，用特殊谐振器来模拟脏腑”，“用特殊放送，接收元器件来模拟穴位”。这一学说能解释众多的和经络相关的难题，并被三类实验所证实。

第一类实验是微波沿经脉传导的研究。1975年，在北京一个由陈祖范领导的微波针灸小组，首次用实验肯定了微波能沿经脉传输，同时发现“不同经脉之间看来是不能传输或衰减很大”的现象。他们在大肠经上选定两个穴位，扎进两根毫针，并各使针下“得气”，然后把发射和接收微波的特制天线接到毫针上。通过刺入曲池穴的针把微波引入体内，结果在同一条经脉的另一穴位合谷上测得了微波的输出，证实了“经络的传输微波是具有波导性传输的”。

1977年春，何庆年领导的四个单位协作组，在北京中医院针灸科又进一步观察了“经络传输微波的波导性质”，他们又发现：（1）在左臂曲池穴上施以微波针灸，在同一大肠经的合谷穴处所探测到的微波强度因手掌的竖立而较大，因手掌的渐渐俯扣而变小，直至为零。（2）当合谷穴处探测到最大微波强度时，在同经的温溜穴处（位于曲池、合谷二穴之间）逐渐加大机械压力，而于合谷穴所探测到的微波强度渐小。这就再一次验证了传输微波的大肠经的波导管性质：微波确能在具有导波功能的大肠经波导管中通过，而被压缩了的波导管，微波不容易从中通过。

第二类实验是根据“气功运气疗法”进行的。气功医师运气后，可主观感到有“内

气”（主为经气，多为温热、麻胀感）沿医者的经脉传至其臂，再沿经脉传至其手，然后从手心发出此气施于病人穴位，可使此气沿病者之经脉感受、传导，或可使此气通过刺入病体穴位之针而达病所，取得治疗效果。北京的研究者用一张金属薄片隔在气功按摩老医师赵光的手与病者穴位当中时，运气疗法即告失效。证明确有信息通过发功进入病体，且按经脉传导。这个信息推测为电磁波。果然，1978 年《自然杂志》刊登了中国科学院原子核研究所顾涵森与上海中医学院气功师林厚省的“探测气功运气疗法物质基础的初步实验结果”。材料首次报导了气功运气疗法的“外气之一”是受低频涨落调制的红外辐射（电磁波）！材料提供了七幅首创性的实验记录图线，简述了顾氏如何运用“近距红外测量装置”对准已运气发功的林氏的右手劳宫穴、对准接受治疗的患者腰阳关穴的测量过程。

同年 8 月，北京经络协作组利用 3～5 微米波段的红外探测器分别从赵光和张惠民两位气功医师身上实测到与顾－林实验类似的结果。

支持经络波导管说的第三类实验，按张秉武教授所指名肯定的是田道正主持的一系列激光针灸及经络测定研究。

1979 年，田氏在《山东医学院学报》上发表了“氦－氖激光激发经络隐性感传初步报告”：以低功率氦－氖激光器照射病员井穴，将此红色激光（电磁波）刺激经穴，激发的经气沿经脉产生隐性循经感传，并以叩击皮表法使隐性循经感传显现（即由隐性阈下感觉变为显性感觉，由潜在循经感传信息变为显性感传信息)。通过 30 例 106 条经次穴位照射，可激发出沿经隐性感传者占 65.1%，说明隐性感传现象是较普遍存在的，而且它们都循着古典经络线，而不是神经线，它们可双向传导，也不象神经线，其感传速度也慢 1—2 个数量级，并可被压力阻断，更不似神经，有力地支持了经络的波导管说。

田氏还发现：以个人手指所具有的 2 高斯微弱磁场可阻断最敏感病人的隐性感传，并使之倒传，改用磁铁试之更为明显。在另外一些人身上用磁铁实验，有的可阻断传导，有的可使感传线偏离原经络线（串到邻经上去，移去磁铁，则立即恢复原经线传导），有的仅可使感传强度减弱等。张秉武教授特将此现象命名为“磁致经变”。磁致经变现象用具有固定形态、线路的神经决然不能解释，而用具有生物电磁场本质的物质及其能量——经气作为载体的信息在循经络波导管（信息通道）内传输来解释，则极易理解：经络通路既然是传输生物电磁波的波导管，生物电磁波便可因外加磁场的作用而改变传输路径，就象磁性介质波导管靠近磁体时可发生偏移一样。

随后，田氏又于 1984 年在《山东中医杂志》上发表了“氦－氖激光针经络测定初步分析”，比较与分析了对 1404 个穴次在不同情况下照射井穴，用京Ⅱ型经络测定仪测试原穴五分钟前后导电量变动率，发现：照射穴位与不照射，或与照射非穴点时相比，均有非常显著差异；照射病员一侧井穴和非穴点时测其对侧同名经脉原穴导电量变动率，两者也有非常显著差异。这都证明了经络、穴位的客观实在性和相对特异性。氦－氖光束是具有一定波长（6328 埃）的电磁波，它确能被穴位（正像收发报机的发送和接收元器件）接收，通过经络波导管传输到相应脏腑（正像电器的谐振腔，可谐振，将信息滤波、放大、调制），到达有病的地方。本实验给了经络波导管说以定性定量化的客观指标，予以确定性支持。

田氏所取的非穴点与井穴仅一指甲之隔，对光针刺激便有迥然不同的反应，皆因非穴点不与经络波导管相连，当然不会激发经气循经感传，这用神经、体液说也是决然难以解

释的。

以往，人们熟知人和其它生物具有适应性。通过以上讨论，将对产生这种适应的机理有较深的理解。适应必然是机体对内外环境全部信息的感知和合适的调制与应答，即全息适应，而经气的生物电磁波（场）说和经络的波导管说赋于机体胜任全息适应的功能。当然，作为人来说，神经系统高度发达，内分泌体液系统更加健全，它们已充当了全息适应机理的主力，但也不能完全替代经络系统的功能，而且在不少地方和许多场合中还要靠原始、古老、基本的经络控制系统感受和调制范围更广、更全面的信息（如潜在信息的感受等），使全息适应臻于完善。

这样，我们完全有理由把人体体表的巨针系统、微针一微诊系统的所有穴位和反应点（敏感点）看作携带不同脏腑器官生理、病理全部信息（各具不同之频率、振幅、相位等）的信息载体——生物电磁波（场）的发送、接收元件，它们各通过与之密切关联的相对应的信息通道——波导管（即传统经络系统），实现机体各脏腑器官之间的生理、病理信息的交流、表达和全息调制，使之成为统一有机整体，并与环境变化协调适应。

第七节 全息诊疗优选

王存臻、严春友用哲理分析的方法，从共性入手，阐述了宇宙万物间的全息共振关系，揭示了经络全息关系、两极全息关系、全息对称关系可作为临床实践中筛选和优化治病穴、部位的原则。这与老子“人是宇宙的核心，是万物之灵”，“天大、地大、人亦大”。与中医的“天人合一”观念和中医若干治疗大法，如上病下取，下病上治等都是相吻合的。

全息对称相关是说人体为一全息对称系统，在人体中存在着全方位的相互对称的穴、部位，左右对称最显著，凡对称部位比非对称部位生物学特性上相似程度较大，这样在某一器官、部位发生病变时，便可通过其相对称的部位或穴区来治疗。

对称在人体中的表现是多种多样的，两极对称或曰两极全息是最常见的一种，人和万物一样，体内也有正、负两极的全息相关关系，从人的立体配置来看，背腹两侧的正、负极又正好相合，一正一负，相辅相成，构成一个特殊的全息循环圈，我们临床中可以运用这种正向和负向全息相关关系来诊断和治疗多种粗看极不相关的疾病。

根据这两个原则，在诊断和治疗中对一些用正常诊治方法取效较小的疾病或患者，应当想到疾病的诊治还有上下对称、左右对称、前后对称、交叉对称等原则，供诊治中优选。如复发性口腔溃疡，是临床上较难医治的一种常见病，在中医辨证中属湿热型，常用二妙散（苍术、黄柏），或三妙散（苍术、黄柏、牛膝），四妙散（苍术、黄柏、苡米、牛膝）等清热燥湿、治疗湿热下注的方药获效，这即中医的上病下治的原则，与上下对称全息相同。再如脱发、颈痛可分别按性腺和尾骨取效。

又如从胸骨切迹正中的天突穴触诊，可以判断妇女妊娠与否。妇女怀孕后会阴部颜色变深，阴道变软，宫颈颜色变蓝，天突穴处同时亦可摸到明显的脉搏跳动。按照上下对称全息的原则也可针刺会阴穴，以治疗精神病，脱发等。

这种两极全息，对称全息，上下、左右、前后及交叉对称的机理，我们认为可能与生物进化发展历程中的低等类型最早都为圆球形，或是伸向四面八方的触手或分枝，也就是

说是全方位的、球的方位、辐射对称的方位发展，以寻找食物和保护自己，以适应环境，这就形成了生命最早的全息网络，当生物由辐射对称的圆球形变成两侧对称，头尾分化明显的高等生物，以至人类时，在DNA的锁链中保留了原辐射对称时形成的全方位全息网络的遗传密码，以潜在的形式存在下来，在某些疾病正常治疗难以奏效时，运用上下、左右、前后、交叉、对称等原则，可能取得良好疗效，这可能是潜态的密码再现而出现的疗效。

第二章　中医理论中的全息思想

第一节　天人相应全息相关

“天人相应”是中医整体观念的主要内容之一，《内经》中有《四气调神大论》、《生气通天论》、《阴阳应象大论》等若干篇目着重阐述了人与自然的全息共振关系，如《素问·四气调神大论》曰：“春三月，此谓发陈，天地俱生，万物以荣，夜卧早起，广步于庭，被发缓形，以使志生，……此春气之应，养生之道也。逆之则伤肝，夏为寒变，奉长者少。”“夏三月，此为蕃秀，天地气交，万物华实。夜卧早起，无厌于日，使志无怒，使华英成秀，使气得泄，……此夏气之应，养长之道也。逆之则伤心，秋为痎疟，奉收者少，冬至重病。”“秋三月，此谓容平，天气以急，地气以明，早卧早起，与鸡俱兴，使志安宁，以缓秋刑，收敛神气，使秋气平，无外其志，使肺气清，此秋气之应，养收之道也。逆之则伤肺，冬为飧泄，奉藏者少。”“冬三月，此谓闭藏，水冰地坼，无扰乎阳。早卧晚起，必待日光，使志若伏若匿，若有私意，若已有得，去寒就温，无泄皮肤，使气亟夺。此冬气之应，养藏之道也。逆之则伤肾，春为痿厥，奉生者少。”这里指出了自然界有春夏秋冬之别，人应顺应自然而有善养生长收藏之道。更有“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”作为《内经素问·上古天真论》首篇的第一段，以阐明和天地之常规，方可保生之大论与全息共振关系。大自然变化的信息都影响和记录于人体之中，因此人们常说人身为一小天地，人身为一小宇宙。古代中医早已从自然界的变化之中领悟到人体生命活动的规律，可谓从天知人。同样也可以从人体生理现象中推测自然的发展历程，《类经图翼》曰：“指节可以观天，掌纹可以察地”，这是从人知天，因此有人设想在人脑的研究中运用全息观点可以找到自然界研究中还没有找到的自然规律，人们已经知道人的牙齿、动物的牙齿都记载着太阳年运动的规律。从全息观点出发我们可以断言宇宙中其他星球上可能有人或类似于人的存在。

一、天文变化与人体全息相关

地球上的生命在宇宙整体中可谓一个“全息元”，而对地球上的生命，对人体直接影响最大的是日月的运行与气候变化。《灵枢·阴阳系日月篇》曰：“腰以上为天，腰以下为地，故天为阳，地为阴。故足之十二经脉，以应十二月，月生于水，故在下者为阴；手之十指以应十日，日主火，故在上者为阳。”太阳的运行将一年分为四季，对人体的影响已如前述。《灵枢·顺气一日分为四时篇》曰：“朝则为春，日中为夏，日入为秋，夜半为冬。朝则人气始生，病气衰，故旦慧；日中人气长，长则胜邪，故安；夕则人气始衰，邪气始生，故加；夜半人气入脏，邪气独居于身，故甚也。”这里明确指出了一日与四时的胜衰与人体及疾病的全息共振关系。月亮与人体的全息共振关系最明显的例子为女子的月经，因其规律与月周期相一致而得名。据统计多数妇女的月经在朔日前后，而排卵期则在望日

前后。

太阳系行星中质量最大的为木星，是其他行星总和重量的25倍，因此其磁场特别强，到达地球时可产生持续数小时的“噪音瀑”，强烈影响着地球上的生命包括人类。人们研究得知太阳，木星，地球三者的关系有十二种不同的状态，经历这十二种不同的状态中有一个木星与地球的准会合期，其时间整为12年，被学者认为这可能是人体存在十二经的天文外部原因，仔细研究这十二年的不同变化时发现真正的大冲击只有112次，这与人体最早仅有足臂十二经，又只分为五脏六腑这11数恰恰相合。细胞生物学研究亦发现人体细胞在不同时间发出11种不同频率的射线，加上“零时期”，也有11与12的全息共振相关关系，这可能是天地运行的信息在人体生理活动中的体现。

这种天人之间的全息相关渗透于整个中医的基本理论之中，如《灵枢·刺节真邪论》曰：“热则滋雨而在上，根荄少汁，人气在外，皮肤缓，腠理开，血气减，汗大泄，皮淖泽；寒则地冻水冰，人气在中，皮肤致，腠理闭，汗不出，血气强，肉坚涩。”这些全息相关关系一直是指导中医诊病与养生的重要理论。《素问·阴阳应象大论》更有进一步的阐发。”天有精，地有形，天有八纪（即：立春，立夏，立秋，立冬，春分，秋分，夏至，冬至），地有五里（此‘里’即理，指五行生化之理），故能为万物之父母，清阳上天，浊阴归地，是故天地之动静，神明为之纲纪，故能以生长收藏，终而复始。惟贤人上配天地以养头，下象地以养足，中傍人事以养五脏。天气通于肺，地气通于嗌，风气通于肝，雷气通于心，谷气通于脾，雨气通于肾。六经为川，肠胃为海，九窍为水注之气。”人体的脏腑，气血皆通乎天气，与天气全息相关，如《素问·六节脏象论》曰“心者生之本，神之变也，其华在面，其充在血脉，为阳中之太阳，通于夏气；肺者气之本，魄之处也，其华在毛，其充在皮，为阳中之太阴，通于秋气；肾者主蛰，封藏之本，精之处也，其华在发，其充在骨，为阴中之少阴，通于冬气；肝者罢极之本，魂之居也，其华在爪，其充在筋，以生血气，其味酸，其色苍，此为阳中之少阳，通于春气。”

一年有365日，每日都相对于地球所处黄道上的一定位置，因此一年便有365种状态，每一种状态对人体生命活动都有一定影响，形成一种特定的生命特征，并在机体上留下“印记”，其空间位置可能就是人体之经穴，内经中多处都提到“365络”，“365会”，这些特定的经穴与周天数相合，完全体现了天人相应的共振关系。

二、地理变化与人体全息相关

地有四海，河湖，人亦有四海，经水流注全息相关，如《灵枢·海论》曰“人亦有四海、十二经水。经水者皆注于海，海有东西南北，命曰四海……人有髓海，有血海，有气海，有水谷之海，凡此四者以应四海也。”对于经水的变化古人亦将其与天地全息相应，如《素问·离合真邪论》曰“天地温和则经水安静；天寒地冻则经水凝泣；天暑地热则经水沸溢，卒风暴起则经水波涌而陇起。”

总之，天地，运气的变化皆与人体的病理生理机转全息相关，一年气候的形成与变化直接影响着疾病的发生与传变。

三、人与生物界全息共振

生物界为一统一整体，其每一个部分都记载和反映着整体的信息，因此人是整个生物界的一个全息元，与生物界有全息共振关系。

人体分为五大部分，核心是五脏，中医认为生物界各物也分为五大类，分别与人体五

脏全息相通，故有五谷，五果，五菜，五畜，五虫之说。

（一）五谷：内经中记载多不一致，但归纳有如下几种：《金匮真言论》曰肝一麦，心一黍，脾一稷，肺一稻，肾一豆；《脏气法时论》曰肝一小豆，心一麦，脾一粳米，肺一黄黍，肾一大豆；《五常政大论》曰肝一麻，心一麦，脾一稷，肺一稻、肾一豆。五谷与五脏归属的依据是五味，酸味归肝，苦味归心，甘味归脾，辛味归肺，咸味归肾；也有按五谷之色归属五脏的；青色入肝，赤色入心，黄色入脾，白色入肺，黑色入肾；也有以五谷成熟早晚归属的：春熟者入肝，夏熟者入心，长夏熟者入脾，秋熟者入肺，冬熟者入肾。此处的五谷仅为谷类的代称，实指各种谷类非单指那一种而言，对后面的五果，五畜，五菜，五虫亦应本此观点来理解方是其理论真谛。

（二）五果：有枣、李、栗、杏、桃。其与五脏的全息关系为枣味甘入脾，李味酸入肝，栗味咸入肾，杏味苦入心，桃味辛而入肺。

（三）五菜：有葵、韭、藿、薤、葱。葵味甘入脾，韭味酸入肝，藿（豆味）味咸入肾，薤（野蒜）味苦入心，葱味辛入肺。

（四）五畜：有二种说法。一指牛、犬、猪、羊、鸡；一指牛、鸡、猪、羊、马。其与五脏的全息关系是牛为土畜归脾，猪为水畜归肾，羊为火畜归心，犬为木畜归肝，至于金畜归肺，一说为鸡，一说为马。说法虽有不一，但全息共振的思维方法体现得十分清楚。

（五）五虫：指有毛的狐貂之类，有羽的鸟类，裸露无毛的地龙，蚰蜒，有甲壳的蚌，蛤、有鳞片的鱼类。有毛的生草丛树林中归肝，有羽的如火炎上归心，裸露体柔而润穴居属土归脾，介虫坚硬如金归肺，有鳞居水中归肾。

人与动物，特别与高等运动的脏器同名同功，因此这为实验动物的选用，开展新药研究及动物药的开发提供了全息相关基础，传统中医有“以脏补脏”的理论和采药时“取类比象”的方法。编者在徂徕山中采药时，遇有一位深山自采自用的医生，他指着牛膝那粗大而红色的茎节说“因为它节粗而色红，所以有利关节，活血脉的作用。”正是“取类比象”的朴素运用。

第二节　脏象全息共振

中医脏象学说是神、形、脏腑合一的理论。神志和形体都是脏腑的表象，神、形、脏三者为一体，互相影响，全息相关，现分三方面加以论述。

一、脏腑全息共振

中医脏象学说早已揭示了脏腑之间的全息性，认为脏腑合阴阳，即脏与腑相表里，构成一个统一整体；五脏与形体诸窍构成一个整体全息相关；五脏与情志、精神活动密切相关。

（一）脏与脏全息共振：中医认为五脏各成系统但又有不可分割的全息性，互相协作，互相制约，一脏可有五脏的信息，在病理情况下，病邪可有一脏传入另一脏，故《素问·玉机真脏论》有“肝受气于心”，“心受气于脾”，“脾受气于肺”，“肺受气于肾”，“肾受气于肝”的理论。另外一脏亦有控制他脏的生克制化关系，如肝生心——肝藏血以济心；心生脾——心阳以温脾；脾生肺——脾气散精，上归于肺；肺生肾——肺金清肃下行，以助

肾水；肾生肝——肾藏精以滋养肝的阴血。脏与腑为阴阳、表里关系，脏属阴，属里；腑属阳、属表；形成一脏一腑，一阴一阳，一表一里相配合，脏腑之间有经络和气血津液相配合沟通，形成一个全息共振的统一整体。

（二）脏与腑全息共振：脏象学说为中医理论的核心之一，用全息论的观点反回去自觉观察中医的每一脏同样看出为五脏的缩影，也就是说每一脏都能透射出五脏的影像。中医认为每脏每腑都可以从某种意义上讲为全身之本，每一脏腑既具有本脏腑的功能，还保留着其他脏腑的功能。如《灵枢·五癃津液别论》曰："五脏六腑，心为之主。"《素问·玉机真脏论》曰："五脏者皆禀气于胃，胃者五脏之本也。"《素问·六节脏象论》曰："凡十一脏，取决于胆也。"这里体现着五脏皆主全体的全息思想，因此中医在诊病时，并不仅着眼于一脏一腑，而是着眼于整体。如对咳的论述，《素问·咳论》曰："五脏六腑皆令人咳，非独肺也。"对痹证，认为风寒入舍于五脏皆能作痹；对痛证，认为五脏气逆皆可作痛等。在治疗中中医往往采取多脏入手治疗一脏的疾病或从一脏入手治疗多脏的疾病，在这种观点下治咳相应有清热、益气、化痰、平肝、补肾等从不同脏腑入手的治则，就充分体现出了脏腑之间的全息相关关系。

（三）脏器全息功能代偿：近代研究中曾发现新生儿的肾脏具有消化功能，母乳中的蛋白质常透过肠壁经血液到肾脏，在肾脏中得到分解，以补偿新生儿消化能力的不足，其实中医早已从临床观察中论及了这种脏器的全息代偿功能。

中医的脏象学说贯穿着形态结构和功能系统辨证统一的思想，渗透了全息思想，张景岳说脾胃中已有五脏之气，而其他各脏中亦具有脾胃之气。因此某一脏腑具有自己特化的功能，但也存在着"泛器官"的影子，也就是说身体中某一特定功能单位是一个功能密集的中心，为一特化器官，但又同样弥漫全身，这正是近年来在心脏、肺、脑组织中都已发现了内分泌激素存在的机理所在，根据这一全息共振机理，我们可以阐明更多按特化器官理论所不能解释的问题，还可以开发出一般器官中所存在的若干特化器官的功能为人类服务。

二、脏与其象全息共振

脏指藏于体内的内脏，象为表现于体外的生理、病理现象。人体体表躯壳及五官九窍诸部位都与脏腑功能密切相关，全息共振，中医早有"有诸内，必行诸外"，当"司内揣外"的理论。这也就是说不同体表、组织、孔窍归属于相应的脏腑内脏系统，另一方面头、耳、舌、面、眼、鼻、胸、背、手足等局部狭小区域都可反映全身的变化，也即整体的缩影，可通过全息反馈反作用于诸内脏进行诊断和治疗。本书全息诊疗技术正是从外表表象来诊断和治疗疾病的具体应用。

三、神形与脏腑全息共振

神志与形体一样，也是脏腑的表象之一，《灵枢·卫气篇》曰："五脏者，所以藏精神魂魄者也。"说明神、形、脏三者为统一整体不可分割，脏在内，形神俱在外，中医望诊中望神为重要内容之一。五脏之神各不相同：心藏神，肝藏魂，脾藏意，肺藏魄，肾藏志。脏腑病变可引起情志异常，《素问·宣明五气论》曰："精气并于心则喜，并于肺则悲，并于肝则忧，并于脾则畏，并于肾则恐。"称曰"五并"。反之如《素问·阴阳应象大论》所述，情志改变可以伤及脏腑，即"怒伤肝"、"喜伤心"、"思伤脾"、"忧伤肺"、"恐伤肾"。因此调整情志可以克服疾病，即"悲胜怒"、"恐胜喜"、"喜胜忧"、"思胜恐"。中医

特别强调调理情志的精神治疗方法，足见神形脏腑之间全息共振关系对生命之重要。

第三节 经络全息分布

经络是联系体表与内脏的通道，也反映着内脏器官的变化，十四经脉粗看起来仅为线状延伸，没有全息规律，但从肢体断面来看就可以清楚其全息规律，所以全息分布不仅“平铺”在体表，而是纵贯于各个层次的立体分布配置。如6条经线为6个点分布在断面上，反映6个脏腑的全息信息，不管在上肢的什么地方做断面，自12点位置开始顺时针转动其次序为先阴经后阳经即：手太阴肺经，手厥阴心包经，手少阴心经，手太阳小肠经，手少阳三焦经，手阳明大肠经。因此我们可以说经络的形成实际上是内脏信息沿生长轴线纵向延伸的结果，不管肢体延伸到什么程度，都不会改变这种信息结构，从而保持了内脏信息的完整与稳定。其他局部经络的分布都有明显的全息相关分布关系。

第四节 病因全息

中医病因病理是以脏象学说为基础的，所以其中也充满了全息相关共振关系，六淫就充分表现了外邪、病因病理、病证之间的全息关系。风寒暑湿燥火本为六种外邪，但发展成中医学中的“六淫”，就远不止这些含义，而是成为人体对外邪的六种不同反应的功能系统相应的反映，这也正是若干内伤疾病为什么亦会与外感病产生相似症候的原因，如内风多动、内寒畏寒、内湿粘滞、内热火胜等。

风性善动、浮越多变，易致肢体动摇，这很明显看出人体病理反应与风邪的自然特性是全息相关的，所以凡人体病症表现为头面疾病、表证、病位游走不定、时隐时现、以致肢体痉挛、抽搐、震颤者皆属风证。

寒性寒凉、收引、凝滞，在人体相应病理反应为功能减退、阳气抑遏、气血运行迟缓、肢体收引不舒，故凡人体表现为畏寒、无汗、肢体牵引疼痛等都称寒证。

暑性炎热、升散，在人体相应反应为实热证候，致病易上犯头目、内扰心神、伤津耗气，故凡人体出现高热、多汗、烦躁、面赤、头晕、目眩，突然昏倒都为暑证。

湿性趋下、重着粘滞，在人体表现为病势偏下、深重、秽浊、缠绵难解、阻滞气机、损伤阳气，故凡小便淋浊、带下、泄泻、痢疾、或下肢水肿、疮疡、关节肌肉困重疼痛，或分泌和排泄物秽浊不清、脘腹痞满，缠绵难愈均属湿证。

燥性干而津液不足，在人体表现为干燥、津液不足、故凡皮肤干燥、皲裂、鼻咽干燥、口唇燥裂、小便短少、大便干结或干咳少痰均为燥证。

火（热）性炎热、燔灼，其性烈，在人体表现发病急，传变快、发热多，故凡表现高热、烦渴、汗出、小便短赤皆为火（热）证。

综上可知中医所谓风证、寒证、暑证、湿证、燥证、火（热）证，其症候与自然界的六淫外邪相似，但实质上已经是人体对外邪的六种全息反应类型。中医临床中并非单纯根据病因来判断疾病的本质，而可根据已知的疾病本质来判断病因，叫“审证求因”，并进一步根据判断的病因进行“审因论治”，产生了疏风、祛寒、清暑、化湿、润燥、清热等治法。这里面反映着病因、证型、治则中的全息相关关系。

情志所伤是早已为中医经典中阐明的内伤病因。《素问·天元纪大论》曰："人有五脏化五气，以生喜怒思忧恐"。《素问·阴阳应象大论》曰："怒伤肝"，"喜伤心"，"思伤脾"，"忧伤肺"，"恐伤肾"，并以"悲胜怒"，"恐胜喜"，"怒胜思"，"喜胜忧"，"思胜恐"，情志相胜的全息相关关系加以调治，近年来由此派生出中医心理学和情志医学，以阐发内因致病的机转。

第三章　中医全息诊断

中医全息诊断，是以中医理论为基础，运用全息科学对人体病理变化，所反映出的相关特征和相关规律进行诊察、判断疾病的一种方法。它包括了全息望诊、全息问诊、全息闻诊、全息切诊四个部分。

人体是一个有机整体，人体各个部位的若干立体层次的各种全息元都与整体的空间规律、时间节律、精神心理上全息相关。局部包含着整体的生理病理信息。因此，局部的病变可以影响全身，内脏的病变，可以从五官四肢体表的各个方面反映出来。正如《丹溪心法》说："欲知其内者，当以观乎外；诊于外者，斯以知其内。盖有诸内者，必形诸外"。所以，通过全息望色、闻声、问症、切脉等手段，诊察疾病显现在各个方面的症状和体征，就可以从局部了解到整体；从体表了解到机体深部的疾病原因、性质及相对应器官、组织的内部联系和相关规律，从而为全息辨证、全息论治提供分析和诊断疾病的依据。

全息望诊、全息问诊、全息闻诊、全息切诊是调查了解疾病不同的四种方法，是医者主动观察和掌握患者病情的第一手资料，然后，将四诊资料进行综合的信息化处理，便作出正确的病情分析和判断。但四诊之间各有其独特作用，要相互参考，不能相互取代，因此在临床运用时，必须将所获取的各种不同立体层次信息单位有机结合，"全息合参"，才能全面而系统地了解病情，任何只强调某一种诊法的重要性，而忽视其它的诊法，都是片面的、不对的。

中医全息诊断，是在长期的医疗实践中，随着现代信息科学的渗透，逐步形成和发展起来的，它十分重视机体脏腑的生理和病理的客观反映，强调这些客观反映在机体内的联系，以及病情表现在体表的各种不同征象与它所对应的脏腑之间、气血功能态之间、生物化学之间等方面的信息结构和相关的规律。由此积累了极为丰富的诊病经验，同时，也将传统的中医药学推上了发展的新阶段。

第一节　全 息 望 诊

全息望诊是医生对病人的体外部，包括神、色、形、态、舌象、分泌物和排泄物色质的异常变化进行观察，以测知体内部的病变，了解疾病情况的一种诊断方法。全息医学在发展祖国医学的基础上，注重机体的内部与外部、局部与整体不同层次的表现特征，即通过全息诊察疾病的最直接的目视，便可明确体表部位的变化与相对应的器官、组织所发生的变化。这样就可以初步定性、定位。继而判定脏腑、气血、阴阳等客观指标的全身变化和疾病。正如《灵枢·本脏篇》所说："视其外应，以知其内脏，则知所病矣"。因此，通过全息望诊就可以了解到机体内部的某些病变。

一、全身表现与躯体内部全息相关

（一）神与躯体内部的关系

神，包括了人体生命活动总的外在表现和心理变化两个部分。所以，又指精神意识活

动。在正常情况下，“神藏于心，外候在目”，而“目”为五脏六腑之精气所注，其目又系通于脑，为肝之窍，心之使。在临床中，医生通过病人的形态动静、面部表情、语言气息等方面的外露征象，便可判断神的存亡、正气盛衰、疾病轻重及预后效果，同时了解病人的心理病理改变的状况和程度。《素问·移精变气论》说：“得神者昌，失神者亡”，这表明生命的存在基础在于神的精气物质。这于临床的各类病人，特别是精神病人、危重病人、生命垂危而抢救的病人，具有重要的全息观察意义：

1. 神充旺 神的充盈旺盛基础，来自于五脏六腑的精气，而精气的注入主要是表现在双目，以眼睛为全息点，视其体内的脏腑功能的盛衰，如果患者两眼明亮有神，反应灵敏，鉴识分明者，称为“有神”，表示正气未伤，功能未衰，对病情亦预后良好。也说明心脏和肝脏功能健全。

2. 神窍闭 从病人的精神状态，判断是否“无神”以及脏腑功能态的相关情况。如果患者表现为目光晦暗、呆滞，精神萎靡，反应迟钝，呼吸气微，或伴有神志昏迷，循衣摸床，撮空理线，遗尿等，多为精气衰微，神态闭塞阻窍。并且说明正气已伤，病情严重，预后不好。

3. 神格拒 此为阴阳发生阻格断拒，机体生物功能态的紊乱所致。人体整体的全息相关规律遭到深度的破坏和分解，使得以阴阳两条主弦律相关的脏腑各层次的全息元发生生理病理改变，而造成阴不敛阳欲将离决的虚假现象。临床多见于久病、重病、精气极度衰弱的患者。常常表现为阴阳失调而走向两个极端的不平衡状态。从全息望诊看，开始表情淡漠，寡言少语，郁闷不乐，突然转为言语不休，哭笑无常；原来精神心理极度衰颓，意识不清，突然心理和精神状态又转“佳”者；原来面色晦暗，忽然两颧发红如同化妆者。特别是心肝两脏的损害，是导致患者烦躁不宁，登高而歌，弃衣而走，呼号怒骂，打人毁物，不避亲疏的痰火扰心的狂病；突然仆倒，不省人事，口吐涎沫，四肢抽动的痰迷心窍，肝风内动的痫病。

总之，神是感观病人最直接而有动态意识的集中表现，神与精气有着协同全息相关规律，是不可分割的两个组成部分，是相互依存和作用的，精与神的“全息共振”是保障身心健康的高度结合。反之，全息规律发生变异，则疾病首先犯肝木；木生火，继而犯心脏，火生土，继而犯脾脏；以此类推，直到五脏俱损。

（二）色与躯体内部的关系

色，在医学上概有青、赤、黄、白、黑五色。全息望色，主要指望面部的颜色与光泽。以面部的五色为全息点位，视其躯体内脏腑和脏腑之间各全息元单位所反映在表面的气血盛衰情况。

面部的色泽，是脏腑气血的外荣。色与泽两方面的异常变化，是人体不同病理反映的表现。不同的色反映着不同的病证，而泽则反映着机体精气的盛衰。五色望诊是根据五行学说的理论，即木、火、土、金、水的属性来表述人体五脏生理病理的全息相关性。一般而言，病人气色鲜明、荣润的，说明气血未衰，病变轻浅，预后良好；若面色晦暗、枯荣，则说明病变深重，精气伤败，预后欠佳。如脾虚湿盛的病证，面色淡黄而晦暗；久病肾虚的病人，面色多黑而无华等。

1. 青色：主寒证、痛证、风证、瘀血证及惊风证。青色为寒凝气滞，经脉瘀阻的气色。盖寒收引，寒盛而留于经脉，以致气血运行受阻所致。通过全息分析体内射外的常见

表现有：

（1）面青而伴苍白者，多见阴寒内盛，心腹剧痛或休克。

（2）面色青灰、口唇青紫者，多为心气不足，气动无力，血行不畅，气虚血瘀所致。若伴有心绞痛，多见于冠心病。

（3）面部单见青色，属木克土，见于脾胃病，而病情较重；若伴两胁胀痛，烦躁易怒，多为肝病。久患肝病，应考虑慢性肝炎、肝硬化等。

（4）面青颊赤者主疟疾寒热或热病疼痛；面目青黑，四肢厥冷，可见于砒霜中毒。

（5）面青白、形体消瘦者为元气空虚而衰竭；面色青而脉涩，主营气不足；面色青黑晦暗，为阳气不振。

（6）无病而突然面青气促，多因惊恐、愤怒、受寒等所致。

（7）妇女面青者，为木克土而肝强脾弱，以致多怒少食或经脉不调。

（8）小儿面色青白，夜啼哭闹，不吸吮乳，手足俱冷，曲腰不伸者，乃脾寒之征；若面青伴抽搐，为热极生风，多见于小儿急惊风。

2．赤色：主热证，主心病。赤为血色，心之色，暑热之色。由于外感热证，脏腑的阴虚阳盛，以致脉络发生病理改变，机体生物电频亢，故血液充盈而面色红赤。通过全息分析体内射外的常见表现有：

（1）满面通红，多属外感发热，或脏腑阳盛的实热证；面颧部潮红，则多提示阴虚而阳亢的虚热证或胃热。

（2）面赤鼻干而目痛者，为阳明病；面赤目白，愁眉苦脸，为忧郁证；面赤口燥饮水，脉洪，汗多者，属热在阳明气分；面赤咽干伴咳嗽黄痰者，为肺胃壅热；两颊及口唇紫红，提示患有风湿性心脏病、冠心病等。

（3）额赤为上焦热，颐赤为下焦热；面赤而光者，为上热下寒；面赤而郁者，为下热上寒。

（4）面泛红如妆而伴面色苍白，变幻不定者，多为戴阳证，常见于久病、重病的患者，此证为虚阳上越的危重症候。若面赤伴潮热和谵语，为实热壅结于腑；午后颧赤而唇干，乃属阴虚火旺；颜面中部潮红，毛细血管扩张，皮脂溢出，属酒渣鼻。

3．黄色：主虚证、湿证。黄色为脾虚、湿蕴的气色。由于黄色病容与脾脏全息相关，故脾土失去健运，而致气血不充，水湿不化。通过全息分析体内射外的常见表现有：

（1）面黄枯瘦，多为胃病虚热；黄而枯燥，为热伤津液；黄而晦暗，多是津液消耗；黄而色淡，多是胃病虚寒；黄而兼白，多是脾胃虚寒。

（2）面黄而浮肿，多是脾气虚衰，湿邪内阻所致。又称为黄胖，常见于慢性消耗性疾病。面黄而体胖者，乃胃中有痰湿；面黄发热，身重体痛者，为湿在表。

（3）面色黄、巩膜黄、全身皮肤皆黄者为黄疸。其中黄而鲜明如桔子色者，为阳黄，多属湿热；黄色晦暗如烟熏者，为阴黄，多属寒湿。黄疸者，可见于急性黄疸性肝炎、胆囊炎、肝硬化、慢性肝炎、肝癌等。

（4）面色萎黄者，多为内伤脾胃，营血不足；黄而肌瘦，精神倦怠，腹胀少食，为脾胃虚弱之症；面黄唇白，多虚寒泄泻；面黄兼青，为脾虚泄泻；黄白无泽，为脾肺气虚；面微黄，打喷嚏，流清鼻涕，恶寒或发热者，乃风寒感冒；面色暗黄间有红点及血丝者，多为肝硬化腹水之征。

（5）妇女面如熏黄者，多为经脉不调；《望诊遵经》："承浆黄者，不治之病。口角黄者，脾绝之候也。面如精光如土色者，脾绝也"。

（6）新生儿，全身皆黄，其色如金，名曰："胎黄"。常见于新生儿肝炎、胆管闭锁症、新生儿溶血症。

4．白色：主虚证、主寒证、主失血证。白色为气血不荣、气血不充的气色。由于白色病容与肺脏全息相关，以致肺主气而气不摄，血不固，阳气虚衰，血不颜面。通过全息分析体内射外的常见表现有：

（1）面色㿠白或苍白者，多为阳虚证；若㿠白而又虚浮，多属阳气不足，水气不化，肺气不宣。

（2）面色淡白而消瘦，多为营血亏虚及营养不良；面白消瘦，颧红唇赤，五心烦热，盗汗，失眠，为阴虚火旺之征；若急性疾病突然面色苍白，多属阳气暴脱的证候。

（3）面色㿠白，身体紧缩，盖厚被喜热饮，为寒证；面色青白或苍白，鼻尖冷，口气不热，畏寒战栗，剧烈腹痛，大便清溏，则为阴寒凝滞，经脉痉急的里寒证。若咳痰多清稀，鼻流清涕，畏寒气短，则为肺寒虚咳；若肠鸣腹泻腹胀，四肢逆冷者，为中寒泄泻。

（4）面颊部干燥而有淡白色斑者，提示腹中有蛔虫；若面部出现斑状色素脱失，而别无其他不适，多为白癜风病。

5．黑色：主肾虚证、水饮证、瘀血证、寒痛证。黑色为阴寒水盛的病色。由于肾为水火之脏，阳气之根，而黑色病容与肾脏全息相关，所以，当肾阳虚衰，则致寒水阴邪过盛，阳虚火衰，寒水内泛，血失温养，经脉拘急，血流不畅，血不上行容面，故多见黑色的气色。通过全息分析体内射外的常见表现有：

（1）面色黑而暗淡者，不论病之新久，总属阳气不振，肾阳虚衰；颧与颜黑为肾病，如慢性肾炎，慢性肾上腺皮质功能不全；面色惨暗青黑，多为中寒。

（2）目眶见黑色者，多为肾虚水泛的水饮病；鼻头微黑色者，多为有水气；面色黑目窠下微肿者，为水病；面黧黑，气喘满，心下痞闷，为胸膈间有"支饮"；眼下如烟煤者，多为痰饮。

（3）面色黧黑而肌肤甲错，属瘀血；眼眶灰黑，为瘀血崩中；面色黧黑，形瘦，耳部干燥，小便浊而脂液者，为下消症；妇人孕后两颊出现黯斑，为妊娠斑或蝴蝶斑。

（4）面黑干焦而齿槁，多为虚火灼阴，肾精久耗；鼻孔干燥，黑如烟煤者，阳毒热深；面色惨黑带紫，邪气盛也。

（5）目下缘青黑，面色如蒙尘者，乃病临之兆；眼角或青或黑者，主大病将发；面部气色如烟雾者，乃疾病将缠身之征。"病人卒肿，其面苍黑者，死证也。真心痛，面黑四肢厥冷者，旦发夕死，夕发旦死也。头面青黑，眼小目瞪，身汗如油，邪入于脏，难治之征也"（《望诊遵经》）。

（三）体形姿态与躯体内部的关系

体形姿态是机体外部表现的两种形式。是以"动"和"静"为全息点位的客观现象，视其躯体内脏腑间相对应的整体的生理素质和与疾病有关的体位变化。

一般来讲，机体外形的壮、弱、肥、瘦的强弱，与五脏功能的盛衰是全息的、统一的，内盛则外强，内衰则外弱，这是远期的整体概况。如现发的疾病的病人，在动静的姿态和体位变化，则是近期的病理改变的外在的现实反映。

1. 形体肥胖，肤白无华，精神欠佳，“形盛气虚”者，多为阳气不足；形瘦肌削，面容苍黄，胸廓狭窄，皮肤干燥者，多为阴血不足；形体瘦削如柴，多见于精气衰竭的患者 “鸡胸”、“龟背”等畸形，多为肺气耗散，脾胃虚弱，肾精亏损的先天禀赋不足的病变。

小儿由于缺乏自述表达病情的能力，所以全息望诊显得尤为重要。在全息诊察小儿形体时，如见形瘦肌削、肢骨软弱、皮肤干燥、毛发萎黄、囟门逾期不合、神态呆滞者，为胎儿期孕育不良、出生后营养失调，多属有病。

小儿方头发稀、囟门迟闭、下肢弯曲，可见于佝偻病；头大颌缩、前囟宽大、眼珠下垂，多为脑积水；腹部膨大、肢体瘦弱、额上青筋暴露，多属疳积；指甲苍白质脆，为贫血；指甲色紫，或呈杵状，为心阳不足，气滞血瘀，常见于先天性心脏病。

2. 姿态喜动者为阳证，喜静者为阴证。病人卧位时，身轻能自动转侧，面常向外，多为阳证、热证、实证；身重难于转侧，面常向里，精神萎靡者，多为阴证、寒证、虚证；病人卧时仰面伸足，常揭去衣被，恶近火者，多属热证；而卧时蜷缩成团，喜加衣被或向火取暖者，多属寒证。坐而仰首，为痰涎壅盛的肺实证；坐而俯首，气短懒言者，多属肺虚或肾不纳气之证。坐而不得卧，卧则气逆，为心阳不足，水气凌心；咳逆倚息不能卧，常发于秋冬的，为内有伏饮。

一侧手足疼痛而肌肉痿缩，为正虚邪留，风邪耗血；一侧手足麻木不仁，举动不遂，为中风偏瘫。手足拘挛，屈伸不利，属肝病筋急、或寒凝筋脉、或血液损伤，筋膜失养；足或手软弱无力，行动不灵，多属痿证；四肢抽搐，多为风病的痫证、破伤风。眼睑、口唇或手指、足趾不时颤动，为动风发痉先兆的急性热病；项背强直，角弓反张，四肢抽搐，为惊风痉病。

小儿动态的特点，通过不同的姿态，可反映机体内的相关信息。如翻滚不安、哭叫吵闹、两手捧腹，多为急性腹痛；喜俯卧，多为乳食内积或有肠寄生虫；喜蜷卧，多为腹痛；喜侧卧，多为胸肋疼痛；端坐喘促、喉有痰鸣声，多为哮喘；两目无神，仰卧少动，多为素体虚弱或久病、重病；肢体抽搐，颈项强直或角弓反张，属小儿惊风。

二、局部现象与躯体内部全息相关

局部是整体的一个部分。任何一个部分的局部都包含着整体的信息，不同的全息元都反映着不同信息，每一个点位的全息元都与自身相对应的器官发生着直接的联系，比如：头的形态发育与骨质直接相关，目与肝血直接相关，耳与肾直接相关，鼻与呼吸道直接相关。通过局部全息点位的情况资料分析，便可得知机体内部、整体的病理变化。

（一）望头与发

1. 望头　头为诸阳之会，精明之府，中藏脑髓。髓为肾所主。望头重点观察头的形态；成人除枕骨粗隆和耳后岩骨有凸起属正常外，其他处如有凸起者为实证，凹陷者为虚证。

小儿头形过大或过小，伴有智力发育不全，多属肾精亏损；囟门下陷为虚证；囟门高突为热证；囟门迟闭，头垂项软不立者，为肾气不足，发育不良；头摇不止，不能自控者，多为肝风内动。

2. 望发　发为肾之荣，血之余。所以，望发可以全息了解肾脏和气血的盛衰情况。如见发稀不荣，干枯折断，多为精血不足；突然片块状脱发，多为血虚受风；年青者白

发，多为血虚，少年落发，多为血热。

（二）望目

望目，首先观察的全息点位是看两眼是否有神，通过眼神的外形、颜色及动态的反映，视其肝脏的病变程度。肝藏血，五脏六腑在相生相克、全息相关的作用下将精气通过肝脏血道上注于目，故目的变化，是探测体内肝脏和其它脏腑病变的信息根据。

若眼睑结膜色淡白，为肝血不足，贫血之象；眼胞红肿，多为肝经风热；两目斜视、上视或直视者，多见于肝风，癫痫；眼窠浮肿，为水湿上泛，如急性肾炎；眼窝下陷，多是津液亏耗；目眦赤烂，多为湿热；巩膜色黄，应考虑黄疸；小儿睡眼露睛，多为脾虚，气血不足；瞳孔散大无反应，为精气衰竭，症必重危。凡开目而欲见人者，属阳证；闭目而不欲见人者，为阴证。

（三）望耳鼻

耳属少阳经，是三焦宗脉所聚之处；鼻为阳明胃经之所过，是肺窍的通道，都是开放的信息器官，通过收听外界声音，呼吸外界气息、嗅觉气味而获得信息。听力如何，可推测其肾脏的功能状态；呼吸，嗅觉好坏，可判断其肺脏对外界变化的调节应变能力。

若耳厚大者为形盛，耳薄小者为形亏；耳肿起者为病气实，耳瘦削者为正气虚。耳轮萎缩，干枯焦黑，多为肾精亏耗或肾阴耗竭的危证；耳轮发青，多为寒证、惊风、痛证、颅中有瘀血；耳轮发白，多为气血亏虚的虚寒证；耳轮发红，耳内流脓水，多为肝胆湿热或火毒上蒸的脓耳或聤耳；耳轮发黄兼面黄，多为黄疸湿热；耳根冰凉，耳背出现红络，多为麻疹先兆。

望鼻主要望鼻内分泌物和鼻的外形。若鼻流清涕，多为外感风寒；流浊涕，则属风热；久流浊涕而有腥臭味者，多为胆经蕴热于脑的鼻渊。若鼻头或周围毛细血管扩张有红色丘疹者，多是肺胃郁热的酒糟鼻；鼻柱溃陷，常为麻风病或梅毒；鼻翼煽动，多为热邪风火壅肺，或肺肾精气衰竭而出现的喘息之征。

（四）望唇、齿、咽喉

唇、齿、咽喉是消化系统的门户通道。中医全息望唇，可以反映脾脏的运化功能，如唇之润荣，信息表明为脾健运。若唇色淡白是气血亏虚；唇色青紫是寒凝血瘀；口唇干燥皱裂为热炽津伤；口角流涎是属脾虚湿热或胃中有热，多见于虫积；口唇糜烂为脾胃蕴热上蒸；口歪斜为中风；撮口或抽掣不停为肝风内动或脾虚生风；口开不闭则见于虚脱症。

齿为骨之余，骨为肾所主。中医全息望齿时，首先要联系肾脏，同时考虑齿龈属胃的关系。齿龈红肿，多属胃火；牙齿干燥多是胃热伤津；干燥如枯骨，多为肾精枯竭，肾水抽薪所致；牙齿松动稀疏，齿根外露者，多属肾虚或虚火上炎；睡眠中咬牙啮齿，常见胃中有热或虫积。牙龈出血又红肿者为胃火伤络。

咽喉是肺胃的通路，与心肾肝脾胃等脏腑经络全息相关。咽喉红肿疼痛多属肺胃炎热；红肿溃烂有黄白腐烂点为肺胃热毒壅盛；若伴有灰白色假膜而不易拭去者为白喉；色淡红不肿，午后尤甚为虚火上浮，鲜红娇嫩疼痛者为阴虚火旺。

（五）望皮肤

望皮肤注重肤色和外形的信息变化。体内脏腑有病变，通过气血循环，可以反映到肌肤，而皮肤是机体的防卫屏障。

若皮肤、面目皆黄为黄疸；皮肤干瘪枯槁为津伤液耗；皮肤虚浮肿胀，多属水湿蓄积

不化。若皮肤出现红色或紫色的成片状的斑块，或疹小如粟的红点，谓之斑疹。如果斑疹深红为鸡冠色，多是热毒炽盛；色紫暗者，多是热毒极盛，阴液伤败。若斑色暗紫而形大，时出时陷，则为气虚不能摄血或兼挟瘀血。若皮肤出现晶莹如粟的透明小疱疹，高出皮肤，擦破溢水者，多为白痦。若皮肤局部出现红、肿、热、痛，根盘紧束者为痈，属阳证；若漫肿无头，部位较深，肤色不变者为疽，属阴证；若范围小，初起如粟，根基坚硬，麻木发痒，顶尖痛者为疔；发病浅表，呈圆形而红、肿、热、痛、化脓即软者为疖。

（六）望舌

望舌亦称舌诊，是中医全息望诊的重要部分。舌诊以舌尖、舌中、舌根、舌边四个部分为方位的全息点，与分属相关的心肺、脾胃、肾、肝胆等脏腑全息对应。这种以舌象的微观部分去全息分析机体内脏腑的生理病理变化，是很有临床参考价值的（详见舌全息诊断部分）。

（七）望排出物

望排出物的色、量、质的相关变化，是中医观察疾病，全息辨证流质物的必要参考资料。

人体是一个开放的复杂系统。通过摄入食物和水，经过机体内加工处理的吸收和排泄，有进必有出。以各种排出物为全息指标，联系相对应的排出通道及脏腑，将不同的脏腑之间的各种全息元反映出体外的信息，进行相关的色、质、量综合分析，在临床上确有一定的价值。

（1）望痰涎　痰涎全息对应的直接器官主要是肺脏。若咳吐稠痰带脓血如米粥状，多为热毒蕴肺的肺痈病症；痰中带血丝，或咳吐鲜血为热伤肺络。痰血清稀为寒痰；痰黄稠为热痰；痰少粘附而难排出者，为燥痰；痰白量多易咯者，为湿痰。

（2）望呕吐物　呕吐物全息对应的直接器官主要是胃腑。若呕吐物质清稀，无酸臭味者，多为胃气虚寒证；呕吐物秽浊而酸臭，多因胃热挟食积所致；若呕吐血鲜红或暗红，伴有食物残渣，多因肝火犯胃或消化道瘀血滞留，要考虑是胃溃疡，若呕吐脓血而气味腥臭者，多为内痈；若呕吐物色黄而味苦，且为肝胆经热，以致胃失和降。

（3）望大便　大便全息对应的直接器官是大肠腑。若大便排出结燥，多为胃肠热灼津亏，肠液不足；大便稀溏，色黄粘糜，为肠中有湿热；大便稀薄如水，伴有不消化食物，多属肠胃寒湿，若大便带血，要分先后远近：先血后便，其颜色呈鲜红者是为近血；先便后血，其颜色呈褐黑者是为远血。近血考虑下部肠道出血；远血考虑上消化道出血。

（4）望小便　小便全息对应的直接器官是膀胱腑。若小便赤黄而混浊，为膀胱湿热；小便清澈而量多，为膀胱虚寒；尿频、遗尿、小便清淡者，为膀胱的气化不固。若见血尿者，多为盛热侵伤血络；尿有砂石为石淋，尿如膏脂为膏淋。

第二节　全　息　问　诊

中医全息问诊，是医生主动询问病者的疾病有相关诊断价值的一种全息诊断方法。全息问诊的内容是以了解和掌握疾病发生的时间、原因、经过、现病史、既往病史，疾病所患部位的特征、性质，以及生活规律、习惯爱好等相关的情况，进行系统的、有序的全息综合分析。抓住主诉的重点，以其主点为全息点位，展示与全息点位有联系的病情病理改

变的规律。比如疼痛，且以疼痛的部位、性质向相关脏腑的传变过程进行询问。

全息问诊要求询间的病情资料间的信息是全面的、可靠的、准确的，因此，不能片面遗漏病情。张景岳的《十问歌》是比较全面而有重点的，可谓是一套全息问诊系统。

一、寒热的全息问诊

寒和热是两种不同属性的物理反映。人体中出现的寒热，即为恶寒发热，是疾病中较为常见的症状。寒为阴象，热为阳象。所以，恶寒发热的全息分析，决定于病邪的性质和机体的阴阳盛衰两个方面。问诊时，还应注意问清寒热的轻重、出现的时间、寒热的特点、寒热的兼症等。

（一）恶寒发热

恶寒发热是外邪客于肌表，卫气与邪气相争的外感表证，是疾病初起阶段。由于表证寒热有轻重，故正气与邪气的抗争也有强弱，因此，风寒、风热又有恶寒重发热轻和恶寒轻发热重的不同：

1. 恶寒重发热轻的全息重点位特征是外感风寒。全息相关的病理是寒邪束表伤阳，寒凝郁闭卫气；相关的体征为发热伴头身痛、无汗、脉浮紧等系列。

2. 发热重恶寒轻的全息重点位特征是外感风热。全息相关的病理是风热袭表，卫失宣达；相关的体征为微恶风寒兼口渴、自汗、脉浮数等系列。

（二）但寒不热

在一些疾病发病中，患者特别畏寒怕冷而不发热，这多为但寒不热的虚寒证。寒邪直中脏腑，阳气被伤。由于阳气虚于内，阳虚则寒，不能温煦肌表，故多出现面色苍白、肢冷踡卧、喜着厚衣重被的全息反射虚寒征象。

（三）但热不寒

1. 壮热：壮热的全息反射现象为：患者高烧不退，不恶寒仅恶热，及兼多汗、烦渴等症系列。

2. 潮热：潮热的全息特征是按时发热如潮。临床有三种全息相关反映：

（1）阴虚潮热：特征为定时午后或入夜即发热和“骨蒸潮热”的五心烦热。相关兼症有盗汗、颧赤、口咽干燥、舌红少津等系列。

（2）湿温潮热：特征为午后热甚，身热不扬。相关兼症有胸闷欲呕、头身困重、大便稀溏、苔腻等系列。

（3）阳明潮热：特征为胃肠燥热内结。相关兼症为腹满胀痛而拒按，大便结燥，手足出汗，舌苔黄燥或生芒刺等系列。

3. 低热：特征为发热日期较长、而体温不超过38℃。其气虚发热的全息兼症为面色㿠白，气短食少，劳倦乏力，舌淡、脉虚弱等系列。

（四）寒热往来

寒热往来的全息病理特征是：恶寒与发热交替发作在机体的半表半里之间。是正气和邪气互为交争，两不相下的表现。

若临床见其病者寒热往来，时作时休，头痛欲裂，汗出热退，持续反复，经久不愈的病症，要考虑为疟疾。

二、汗的全息问诊

汗为心液，由阳气蒸化津液，出于体表而成。出汗的病变部位很多，全息问诊要清楚

是否有汗或无汗，问清出汗的部位、出汗的时间及汗量和主要的兼证等。

（一）表证辨汗：全息病理特征在于表证的有汗或无汗。表证出汗是因风性开泄，热性升散，腠理疏松而卫阳虚弱，外感风热所致。表证无汗且因寒袭收敛，腠理密缩，汗孔闭塞所致，多属外感寒邪，如伤寒表实证。

（二）问盗汗：盗汗为入睡则汗出，醒后则汗止的阴虚证。由此，阴虚阳亢的全息相关体征有五心烦热、失眠、两颧红润、口咽干燥等系列。

（三）问自汗：自汗的全息病理是气虚卫阳不固，阳气虚损。特征是经常出汗不止，动则加重。相关的体征有神疲乏力，气短畏寒等系列。

（四）问大汗：以大汗为全息点位，分其病变寒热的虚实。若有大汗出，又高热不已，烦渴饮冷，脉洪大等症，是为阳热内盛，迫汗外泄的实热证。若大汗淋漓，伴有四肢厥冷，神疲气弱，呼吸喘促，脉微小等症，则为阳气将绝、元气欲脱、津随气泄的危候。

（五）问头汗：头汗的全息点位在头部。是由上焦邪热，或中焦湿热郁蒸所致。若大病后或老年人气喘汗出者为虚证；重病期且额汗大出，是虚阳上越，阴虚不能附阳，阴津随气而脱的危症之象。

（六）问手足心汗：手足心为手厥阴、足少阴经脉所过之处，所以，全息相关的病症有口干咽燥，便秘尿黄，脉细等系列，多为阴经郁热熏蒸所致。

（七）问半身汗：半身出汗分身体左侧或右侧；上半身或下半身，这是由于营卫不周、气血不和、风痰或风湿之邪阻滞经脉所致。

（八）问战汗：全身战慄，继而汗出为战汗。是正邪相争，病变发展的转折点。若汗出热退，脉静身凉，是邪去好转的现象；若汗出而烦躁不安，脉来疾急，为邪胜正衰的危象。

三、痛的全息问诊

痛，是常见的自觉症状，是机体反射的全息信号。痛的感觉信号多由外邪入侵、气滞血瘀、痰浊凝滞、虫积食积等所致的经络阻闭。全息问诊注意疼痛的部位、性质及时间。

（一）疼痛的部位

1. 头痛　头为诸阳之会，脑为髓之海，故头痛与十二经脉和奇经八脉全息相关。但根据经络全息律的分布，以确定病位之所在。若头项痛属太阳经，前额痛属阳明经，头侧痛属少阳经，头顶痛属厥阴经。

头痛分虚实：气血精液亏损，致脑海空虚者，属虚证；外感“六淫”邪气、痰浊、瘀阻所致者，则属实证。

2. 胸痛　胸为心肺所居，故心肺的病变与瘀血阻滞，寒引血凝，阳气衰微，痰浊阻格，火热伤络等病机全息相关。

若胸痛、发热、喘急，咳吐铁锈痰者，属肺热；胸痛刺背，背痛刺胸者，属心阳不振的胸痹；胸前憋闷，痛如针刺刀绞，出现面色青灰，冷汗淋漓者，为“真心痛”。胸痛而咳吐脓血者，为肺痈；胸胀痛而走串，嗳气痛减者，为气滞；胸闷痛痞满者，则为痰饮阻膈。

3. 胁痛　引起胁痛的部位与肝胆全息相关。其相关机理由肝气不舒，肝火郁滞，肝胆湿热，血瘀气滞，悬饮等所致。

4. 腰痛　引起腰痛的部位与肾脏全息相关。其相关机理为肾脏精气不足或阴阳虚损

所致，属虚证；风、寒、湿邪阻塞经脉，或瘀血阻络者，则为实证。

5. 腹痛 腹部分大腹、小腹、少腹三部分。以其全息点位的不同，分有虚有实：寒凝热结、气滞血瘀、食滞虫积等，为实证；气虚、血虚、虚寒等，统属虚证。

6. 脘痛 脘，指上腹，与胃部疼痛全息相关，相关的病机由寒邪犯胃，肝气犯胃，食滞胃脘所致。

7. 四肢痛 四肢疼痛的全息点位包括关节、肌肉、经络，其相关引起的病机为风寒湿邪的客人，气阻血碍所致。若疼痛在足跟及腰脊者，为肾虚。

（二）疼痛的性质

1. 胀痛 胀痛的全息点位以胸脘、腹部为多。既胀既痛为气滞。头部胀痛为肝阳上亢或肝火上炎，胸胁胀痛为肝郁气滞；胃脘胀痛可为寒凝中焦。

2. 绞痛 绞痛的全息病 理为有形的实邪阻闭气机。如真心痛由心血瘀阻引起；脘腹痛由蛔虫上窜引起；小腹痛由石淋引起。

3. 刺痛 全息病理反射的特点为瘀血引起的疼痛，全息点位以胸胁、胃脘、小腹、少腹为多。

4. 重痛 全息病理为湿邪困遏，气血瘀滞。全息点位以头部、四肢及腰部多见。其特点为有沉重的感觉。

5. 冷痛 全息病理为寒凝阻络、阳气亏乏，脏腑、经络失去温养。全息点位以头、腰、脘腹、关节多见。

6. 灼痛 全息病理为火邪窜络、阴虚阳亢。全息点位以两胁、脘部多见。

7. 掣痛 全息病理为筋脉失养所致的阻滞不通。其特点为抽掣牵引痛。肝主筋，故与肝病全息相关。

8. 隐痛 全息病理为气血不足，阴寒内生，气血运行滞涩。全息点位以头、脘、腹、腰多见。其特点为虚性疼痛。

四、睡眠的全息问诊

睡眠，是生物体生命活动中自我保护的一种休息状态。睡眠，与人类的精神因素、心理因素直接全息相关。静为阴，动为阳；夜为阴，昼为阳。所以，询问睡眠，便可了解机体阴阳的盛衰。

（一）失眠

失眠的全息病理表现为阳不入阴、神不守舍。其临床表现的相关致病原因有二个方面：一是阴血不足，热盛阳亢。全息点位多由心肾阴虚、心脾两虚、心火炽盛、血不养心所致心神不安，虚烦不寐。这是精神和心理上若干全息元变化异常与整体空间的时间全息节律发生相关联系改变的病理病机改变。二是致病的实形物质对相关的精神物质导致睡眠与时间节律的病理改变。比如，痰火食积，胆郁痰扰，食滞内停痞满等。

（二）嗜睡

失眠多兴奋，多为阳证；而嗜睡多抑制，多为阴证。嗜睡的全息相关病理为阳虚阴盛，痰湿困滞。若病人神疲欲寐，闭眼即睡，呼之即醒，或朦胧迷糊，似睡非睡，似醒非醒，多为心肾阳虚；若头沉目昏而又嗜睡者，多为痰湿困遏，清阳不升所致。若是急性热病所致的昏睡，多为邪入心包，热盛神昏之象。

五、饮食胃纳的全息问诊

询问相关的口感信息，辨其机体内部生理对外界食物的需求量。如食欲食量，进食多少，是否干渴，喜进冷食或热食，口味气味等。

（一）食欲与食量

食欲状况，进食量怎样，是判断病体脾胃功能及疾病康复预后的一个客观的全息指标。

饮食口味的全息点位在中焦脾胃。食欲食量与脾胃脏腑全息相关。若食欲旺盛，食后易感饥饿，消谷善饥反消瘦，这与胃火炽盛，腐熟太过相关。

若全息相关的病理为胃阴不足，虚火上扰，且表现为饥饿不欲食。若易饥多食，但便稀溏泻，消化差，属胃强脾弱。

若厌食，多为伤食；孕妇厌食，为妊娠后冲脉之气上逆，胃失和降。厌油腻厚味，多见于肝胆脾胃湿热。

若食欲骤减或不思食，胃纳呆滞，多脾胃虚衰，功能失常。若食少伴胸闷、腹胀、肢体困重、苔厚滑腻，多为脾湿不运。

小儿嗜食生米、泥土等，可考虑有虫积。

（二）口味与口渴

1．口味：口感有五味，五味与五脏六腑全息相对应。因此，询问病情时注意患者口中的异常味觉与气味。

如口苦味，多与肝胆实热全息相关；口甜腻，与脾胃湿热全息相关；口泛酸味，与肝胃蕴热全息相关；口酸而馊，多为食积内停；口淡乏味，与脾虚不运相关。

2．口渴：口渴与机体津液的盛衰及输布状况全息相关。因此，口渴，提示津液损伤。

口渴相关特点：多饮为热证；大渴喜冷饮为热盛伤津；渴喜热饮，水入即吐，小便不利者，为痰饮内停；渴饮尿多，为消渴；口渴而不多饮，为热入营血的急性热病。

六、二便的全息问诊

二便是人体内部向外排放的有形物质，故大小便的形状、颜色、气味、数量、排放的时间及排便的次数，都与消化道和泌尿道全息相关。

（一）大便

1．大便干燥，形状坚硬，排便困难，多是热结肠道，津亏液少，气液两亏所致的便秘。

2．大便稀软不成形，甚则呈水样，便次增多，间隔时间短，为脾失健运、小肠不能分清别浊所致的溏泄。

3．大便时干时稀，为肝郁脾虚；先干后溏，为脾胃虚弱；下利清谷的五更泻，为脾肾阳虚、塞湿内盛。大便有不消化食物，酸臭秽味，多为伤食积滞；便泻黄糜，为大肠湿热。

4．大便溏泄不爽，为肝失疏泄；里急后重，多为痢疾；便黑色如柏油，为瘀血外溢；腹痛则泻，泻后痛减者为伤食；泻后痛未减者为肝郁脾虚。排便时肛门有灼热感，为热迫直肠；大便滑脱不禁，肛门下坠或脱肛，则为脾虚下陷的久泄。

（二）小便

1．小便次数增多，频数短赤而急迫，为下焦湿热；量多而色清为下焦虚寒，肾气不

固，膀胱失约。

2．小便短少，可为热盛伤津，或汗、吐、下太过损伤津液；或为肺脾肾功能失常、气化不利，水湿内停所致。尿频而涩少为阴虚内热。若小便癃闭者，为湿热下注，或瘀血、结石阻塞的实证。

3．尿痛，并伴急涩和灼热感，为湿热下注的淋证；小便后空痛，为肾气虚衰；尿后余沥不尽，为肾气不固。排尿不能自控滴沥，为尿失禁；睡中遗尿，为肾气不足的虚证。小便失禁伴神志昏迷则是危重证候。

七、经带的全息问诊

经带是反映妇女特有的全息生理特征。因此，着重询问妇女的月经、带下、妊娠、产育等与气血、脏腑全息相关的情况。

（一）月经

在自然界，月经与月球公转全息共振。在体内，与气血全息相关，故月经的周期，行经的天数，经量，经色，经质均能反映机体中气血的盛衰。

1．经期：月经周期提前为先期，多由气虚不能摄血，热邪迫血妄行所致，但属肝郁或瘀血的为多见。月经后期，多因寒凝气滞，气滞血瘀，或气虚血少，任脉不充。经期错乱无定期，多为肝气郁滞，或脾肾虚损，或瘀血积滞所致。

2．经量：以月经量多少为全息指标。月经过多，为血热、冲任受损，或气虚不能摄血所致。月经过少，为血虚生化不足，或寒凝、血瘀、痰湿阻滞所致。

3．色质：以月经色质为全息指标。色淡质稀，为血少不荣的虚证；色深红质稠，为血热实证。经色紫暗有块，为寒凝血滞；暗红有块，为血瘀。

4．行经腹痛：以痛经部位为全息指标。若小腹冷痛，遇暖则缓，为寒凝气滞；经前小腹痛胀为气滞血瘀，经后小腹隐痛伴腰痛为气血亏虚，胞脉失养所致。

（二）带下

正常妇女阴道内有少量白色无臭的分泌物，滑润阴道粘膜，称为带下。带下与脾运化，肾闭藏，任、带二脉司约全息相关。

带下分五色带：有白带、黄带、赤带、青带、黑带。若带下量多色白，清稀如涕，为脾虚湿注；带下色黄，粘稠臭秽，伴外阴瘙痒疼痛，则为湿热下注；带下色赤，淋漓不断有臭味，多为肝经郁热；带下晦暗，质稀薄多，腰腹酸冷，多属肾虚。

第三节　全　息　闻　诊

全息闻诊以听声音和嗅气味两个方面为全息点，与患者相关的语气高低、强弱、清浊、缓急等变化，以及呃逆、嗳气、喘哮等音响的异常和嗅病人的口气、分泌物及排泄物的异常气味，诊其体内所全息对应的疾病部位。

一、听声音鉴病

（一）语声

1．语声强弱：病人说话声音的强和弱可以全息反映正气的盛衰。一般来讲，语声宏亮高亢，多言而躁动，为相关实证、热证；语声低微无力，少言而沉静的，为相关虚证、寒证。若是外感风寒或风热引起的失音。为实证失音；内伤引起的失音，为虚证失音。语

声重浊多为外感所致。若患者惊呼、呻吟，常与痛病相关。

2. 语言错乱：语言错乱多属心神全息相关的病变。若神志不清，语言重复，时断时续，声音低弱者，与心伤气败、精神散乱的心理虚弱证全息相关。若是神识昏糊，胡言乱语，声音高强的谵语，与热扰心神的实证全息相关。若言语粗鲁，狂妄叫骂，失去理智控制的为狂言证，与痰火扰心全息相关。喃喃自语，见人便止的癫证与心气虚，精不养神相关。语言謇涩与风痰上泛相关。

（二）呼吸

1. 气微与气粗：呼吸微弱属内伤虚损，与肺肾之气不足全息相关；呼吸有力而声高气粗的实热证，与热邪内盛全息相关。

2. 哮与喘：喘的全息体征为呼吸困难，短促急迫，鼻翼煽动，张口抬肩。哮的全息体征为喉中有哮鸣声。

若肺有实邪的全息体征，为喘息气粗，声高息涌的实喘。若肺肾气虚，出纳无力的全息体征，为喘声低短，气微弱，呼多吸少的虚喘。

3. 少气与叹息：呼吸微弱，气少不足以息的少气与气虚相关。胸中郁闷不舒，发出长叹的声音与情志抑郁，肝不疏泄全息相关。

（三）咳嗽

咳嗽的全息点位在肺脏。肺脏的功能病变必反映在相关的体征上。咳声重浊的表明为实证。咳声低微的表明为虚证。咳而气急呈阵发性而终止时有鹭鸶叫声的，表明为百日咳。咳声如犬吠，要考虑有白喉。干咳无痰或少痰多与燥邪犯肺或阴虚肺燥全息相关。

（四）呃逆、嗳气

呃逆、嗳气都与胃气上逆全息相关。

呃声高亢而短有力，表明为实热。呃声低沉而长无力，表明为虚寒。若久病胃气衰败，呃逆声低无力，则表明为危证。

嗳气多与宿食不化，肝胃不和，胃虚气逆等原因全息相关。食后暖出酸腐气味，多为宿食停积或消化不良；无酸腐气味的，则与肝胃不和或胃虚气逆全息相关。

二、嗅气味鉴病

上逆之气和下泄物之气的质变与脏腑的功能病变全息相关。若胃热或宿食，多反映有口气臭秽的龋齿或口气酸馊腐臭的牙疳或内痈。

凡下行排泄物有恶臭味，如大小便、痰液、脓液、带下等，均表明与实热全息相关。腥味不重者，表明与虚寒全息相关。

第四节 全息切诊

中医全息切诊是以患者桡动脉腕后表浅部为全息点位的脉象和以患者的肌肤、手足、脘腹及其它病变部为不同的全息点位，通过医生脉诊和按诊的感觉，全息诊察与机体内相关的病变的一种诊断方法。

一、全息脉诊

全息脉诊又称谓全息切脉、候脉。切脉是中医全息诊断的一个重要组成部分。是以医生的手指触按病人的动脉，探查这一微观局部的脉象反映、对相应的脉指形象指标，如频

率、节律、充盈度、部位、波动的程度和幅度等相关信息，去综合分析、判断整个机体的阴阳、气血、脏腑、经络的生理和病理变化。这尤如美妙的笛声，笛孔的全息点位不同，所反映的音质音量也就不同。因此，人体的脉诊分寸、关、尺三部。双手各三部共六脉，其全息点位的划分为：右寸为肺，右关为脾，右尺为肾（命门）；左寸为心，左关为肝，左尺为肾的相关对应的气血通道。气血的病理变化，是产生疾病的根源。

（一）脉象与主病全息相关

脉象，正是全息反映的生理现象。脉象又分平脉和病脉。平脉为正常脉象，其全息现象的至数是一呼一吸，即一息脉来四至，脉象和缓有力、从容有节、不快不慢。平脉的全息特征为：一是"有神"，即脉象圆润和缓有力；二是"有胃气"，即脉势来去从容而节律一致；三是"有根"，即在尺脉沉取，觉有一种从容不迫，应指有力的气象。平脉与健康全息相关。

病脉是机体内不同立体层次结构的全息元和全息元之间发生病理改变的集中表现。机体内部全息点位病理改变的位差不相同，则病脉象反映的病理态也不相同。全息脉诊将有共同信息特征的病脉，进行系统化分类，其详细内容将在第二十二章脉象全息诊断中述及。

二、全息按诊

全息按诊主要是对局部病变施行触摸按压，通过检测局部的冷热、软硬、压痛、痞块等全息相关的病理变化，来推断和确诊疾病的部位和性质。这不但用于内科的全息观察，而且常用于外科的全息诊断，具有广泛的临床应用价值。

（一）肌表全息按诊

1. 寒热虚实：身寒者为阳气衰，身热者为热邪盛。肌肤泛热而无蒸发感者，属虚劳发热。初按热甚，久按转轻者，是热在肌表；久按热甚，热向外蒸发，是热在肌里。

2. 津枯润燥：皮肤润泽，属津液未伤；皮肤干燥或甲错，属津液已伤。若分辨水肿与气肿，以重手按之不能即起，凹陷成坑的是水肿，按之凹陷，手举而即起的是气肿。

3. 疮疡肿胀：疮疡按之肿胀不发热，而根盘平塌宽肿的，属阴证；按之高肿灼手，根盘小而紧束的，属阳证。轻按即痛为脓在浅表；重按始痛为脓在深部。按之固定、坚硬、陷而不起则表明脓未形成；按之边硬顶软，有波动感而热甚，则表明脓已形成。

（二）四肢全息按诊

四肢全息按诊主要诊察手足的热寒温凉，以此判断阳气的盛衰强弱。若四肢厥冷，多属阳虚寒盛；四肢俱热，多属阳盛热炽。手背热盛与外感相关；手心热盛与内伤相关。

（三）脘腹全息按诊

脘部胀满软而不痛，是痞症；心下按则硬痛的是结胸，属实证。心下坚硬，盘大如旋杯则为水饮。

腹部疼痛喜按，按之痛减为虚痛、寒痛；腹部疼痛拒按，按之胀痛加剧为实痛、虫痛、便秘等。腹部胀满，叩之鼓声，多为气滞腹胀；腹部胀满，叩之有转移性浊音，则为腹内积水。

腹内有肿块，按之坚硬，痛处定位不移，为症积，与血瘀所致相关；肿块聚散无时，痛无定处，按之无形，为瘕聚，与气滞所致相关。右侧少腹部按之疼痛，呈反跳痛甚者，则考虑与肠痛病全息相关。

第四章　中医全息辨证

中医全息辨证，是指以“证”为全息元单位，与之对疾病产生的相关证候进行分析和辨认。由于全息元是全息系统的子系统，全息元在机体内部有众多的层次结构，而且全息元之间的相关关系有差别，所以，病证的表现不尽相同，病证的产生来自脏腑、经络、病因等各个立体层次。故在全息辨证时，必须以相关度密切的病因、病机、经络、脏腑等基本理论为依据，配合全息四诊的临床资料进行相关分析，辨明和确立“证”的病位、病因、病变性质及邪正交争情况，以病证全息对应机体全息元结构的病理变化和各系统病变间的相关关系。从而，为准确的诊断提供可靠的信息保证。

辨证的目的是治疗。治疗的前提和依据决定于辨证，治疗的效果是检验辨证是否正确的标准。所以，全息辨证与全息论治相互对应，是不可分割的两个部分。

全息辨证具有系统性，多系统性。如全息八纲辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证等。各种辨证系统都与人的整体全息相关、与病证全息相关，同时，都有全息相关的彼此联系。全息元与整体的关系越密切，说明全息相关性就越高，八纲全息辨证的论证论治，是最接近病位体的全息辨证系统。所以，八纲辨证的“八证”，为全息元最接近整体的证候，对疾病论治产生最直接、最有诊断价值的影响，八纲全息辨证可谓是各种全息辨证的总纲。

全息辨证具有组合性，共同性。疾病的产生不是单一的证候所致、所表现，而是若干全息元在机体中的病理改变，是由许多证候的组合，共同反映到疾病产生所表现的同一全息点位上，这一点位的共同指标，正是论治的相关证据。

第一节　八纲全息辨证

八纲全息辨证，即指阴、阳、表、里、寒、热、虚、实八大类功能态的证候，以病变的部位、性质及病变过程进行全息相关的辨证方法。

人体是一个复杂的巨系统，疾病的表现更是如此。在观察疾病的辨认症状方法中，中医八纲辨证的分类，是对疾病诊断学的一大贡献。而八纲全息辨证更加阐明了这一贡献的系统论、控制论、信息论思想。

例如，阴与阳、表与里、寒与热、虚与实为四对相关系统，每一证候内包含着若干个与全息元相关所表现的症状。八纲全息辨证为各种辨证方法的总纲，而阴和阳两个证候，又是八纲全息辨证系统的总纲，阴阳在自然界的空间，则是宇宙全息的对立统一。在人体，阴阳是辨认疾病性质的两大系统：表、热、实证属阳性系统；里、寒、虚证属阴性系统。由于阴阳在八纲全息辨证的主导作用，所以将六种证候都控制在各自属下，六种证候的病理变化都离不开阴阳，都受到阴阳的制约和两证相兼。同时，病理的变化导致病变过程中矛盾的错综复杂，八类证候相互对应、相互联系、相互作用。如表里辨证与寒热虚实联系，虚实辨证又与表里寒热相联系。在病理信息的传变中，注意表证入里、里证出表；

寒证化热、热证转寒；实证转虚、虚证致实的纵横相关联系，并注意真假寒热、虚实的逆反信息传变。

总而言之，八纲八证既是独立的证候，但都是全息相关的证候，既有个性，又有共性，最后达到全息集成的高度辨证统一观。

一、表里全息辨证

表里全息辨证，是以表部和里部两个全息点位去辨别病位的辨证方法。从表部到里部的整体空间，若干立体层次的各种全息元都与整体的空间全息相关，这种由表及里，由里出表的相关规律，是病势传变走向的通道。

由于表部与里部是两个不同位置的点位，且有各自的距离空间，因此，两者之间有各自的界线划分。病在皮毛、肌腠而部位浅者属表证；病在脏腑、血脉、骨髓而部位深者属里证。

（一）辨表证

表证，是病位浅在肌肤的一类证候。是六淫之邪与表部相关的皮毛、口鼻侵入机体而引起的外感病，证属初起阶段。因此，表证具有起病急，病程短的特点。

表证主要的三个全息体征为：发热恶寒（或恶风），舌苔薄白，脉浮，这是辨认表证最接近的体征。与此全息相关的症状有头身疼痛、鼻塞、咳嗽等。各个体征的组合，便自成确立表证的诊断系统。

（二）辨里证

里证，是病位深在脏腑、气血、骨髓类的证候。里证是表证之邪进一步的发展；或者由外邪直中脏腑而成和情志内伤，饮食劳倦所致。

临床主要的相关体征为：发热不恶寒，或但寒不热，属里证；久病、病程长者，多属里证；舌苔异常兼病状而脉沉者，为病在里部。

（三）表里证的相关关系

1．表证入里、里证出表

表邪不解，内传入里，出现里证，即为由表入里；病邪从里证透达肌表，为由里出表。表证入里表示病势加重，里证出表反映为邪退病减。例如：

表证入里：开始发热恶寒，继而不恶寒反恶热，烦渴多饮，舌红苔黄，尿赤等，即表示病向里发展，由表入里转为里热证。

里证出表：如内热烦躁，咳逆胸闷，继而发热汗出，烦躁减轻，或疹毒外透，则是病邪由里出表的证候。

2．表里同病

同一时期出现的表证和里证为表里同病。这多见于先内伤，又加外感，或先外感，又伤饮食。由于八纲辨证都全息相关，故临床有与寒热虚实相关的多种表里同病的证候。

二、寒热全息辨证

寒热全息辨证，是指以寒和热的不同属性，辨证其与疾病全息相关的性质。由于寒热是阴阳盛衰的具体反应，所以，辨寒热，就是辨阴阳之盛衰。

（一）辨寒证

寒证，是机体感受外邪，或阳虚阴盛及机能活动衰减所表现的证候。寒证属阴盛，多与阳虚并见。

寒证在临床的表现系统为：恶寒喜暖、口淡不渴、面色苍白、肢冷踡卧、小便清长、大便稀溏、舌淡苔白而润滑，脉迟或紧等全息相关的体征。

（二）辨热证

热证，是机体感受外邪，或阳盛阴虚及机能活动亢进所表现的证候。热证属阳盛，常有阴液亏耗的表现。

热证在临床的表现系统为：发热喜凉，口渴饮冷，面红耳赤，心烦不宁，小便短赤，大便干燥，舌红苔黄而干燥，脉数等全息相关的体征。

（三）寒热证的相关关系

1. 寒热交错关系

（1）上热下寒：如胸中烦热、频欲呕吐为上热证，同时又腹痛喜暖、大便稀薄的为下寒证。这是由于病因的寒热错杂，病理上的阴阳不和，使阳盛在上，阴盛在下所致。

（2）表寒里热：常见于内热已伏，又另感风寒，或外邪传里化热而表寒未解的病证。

（3）表热里寒：常见于素有脾肾虚寒，而又外感风热的患者。

2. 寒热转化关系

先寒证后热证，热证出现，寒证消失，这是寒证转化为热证。先热证后寒证，寒证出现，热证消失，这是热证转化为寒证。

寒热证的相互转化，关键在于邪正双方的力量对比。

3. 寒热真假关系

真热假寒：即为内有真热而外见于假寒的证候。这是一种寒热格拒，阳盛于内，拒阴于外的生理逆反现象，故称谓“阳盛格阴”。

真寒假热：即为内有真寒外见假热的证候。这是由于阴寒内盛，逼阳于外，阴阳寒热格拒，故又称谓“阴盛格阳”。

三、虚实全息辨证

虚实全息辨证，是全息分析辨别邪正盛衰的两个纲领。虚证是正气不足，实证是邪气过盛。而虚实证又与表里寒热全息相关，同时也可出现虚实病机的相互转化。

（一）辨虚证

虚证，皆为人体正气不足所表现的证候。虚证相关的证候还有阴虚、阳虚、气虚、血虚等。全息相关系统为：面色苍白或萎黄，精神不振，身疲乏力，心悸气短，形寒肢冷或五心烦热，自汗盗汗，大便滑脱，小便失禁，舌少苔、无苔，脉虚弱无力等。

（二）辨实证

实证，是由邪气过盛所反映出的证候。实证全息相关的主要特征为：发热，腹胀痛拒按，胸痞烦躁，甚至神昏谵语，呼吸粗喘，痰涎壅盛，大便秘结，小便不利，脉实有力，舌苔厚腻等。

（三）虚实证的相关关系

1. 虚实错杂：由于同一时间内正虚与邪实相关发生病变，即导致虚实的交错出现。故有以实证为主中夹虚证；有虚证为主中夹实证；也有虚实相关并重的。

2. 实证转虚：病本为实证，但因失治或误治等原因，以致病程迁延。正气已伤而形成虚证。

3. 因虚致实：病本为虚证，但由于正气不足而实邪产生，而出现虚证中挟实证。

4．虚实真假：由于病理信息反映的交错，虚和实证都有似真似假之证。辨证时应注意是真实假虚，或是真虚假实。前者的本质是实证，后者的本质是虚证。

四、阴阳全息辨证

阴阳，是辨别疾病性质的总纲领。而阴阳全息辨证，则是研究和阐述阴和阳两个不同属性与病证之间全息相关的联系，为全息论治提供相关可靠的病证信息。

阴阳，既是八纲辨证的总纲，又是人体生理病理性质变化的集中的高度概括。无论什么错综复杂的病证，都与阴阳的属性全息相关。各种辨证的方法，都离不开八纲辨证中的阴阳全息辨证。阴阳这两个特有的属性，又将六纲辨证的表里、寒热、虚实，按属性分为表、热、实和里、寒、虚两大类别，前类属阳，后类属阴，两者都相互联系，全息相关。形成了纲和目的辨证关系。

阴阳的全息共振使机体处于平衡稳定的状态，保持着生命的正常运转，避免机体的偏盛偏衰。如果阴阳的全息共振发生偏离、崩斜，那么，阴阳的相对平衡就会遭到破坏而引起病变，临床上可见寒证、热证及阴虚、阳虚、亡阴、亡阳等证候。

虚寒属阴证，实热属阳证。阴阳包含着这四个纲领，与之全息相关。若阴阳发生虚变，则导致阴不制阳、阳不制阴的机体阴阳的根本亏损。这是因为无论什么病变，都是给予机体的损害，给予阴阳互根平衡的破坏，包括阳性体征，阳极必反，阳极必虚脱。临床中的阴阳全息辨证以阴虚与阳虚相关体征为多见。由于阴阳是互根，阴虚与阳虚都同“根”全息相关“病根”的进一步发展，必导致亡阴、亡阳相关的必然结果。

第二节 脏腑全息辨证

脏腑全息辨证，是根据脏腑的生理功能、病理表现的信息，将疾病的症候进行全息分析和归纳，以此推究病机，判断病变的部位、性质、正邪盛衰状况的一种实质性的全息辨证方法。

脏腑，是脏和腑两种不同生理功能的生命器官，是不可分割的两个组成部分。脏腑具有明显的区域划分的界线，全息点位比较清楚，但相关的联系比较复杂，是两个自成体系的复杂系统。

脏与腑全息对应。脏腑之间及脏腑全息元与各组织器官全息元之间是全息相关而彼此联系的，因此，在临床若要辨明脏腑病变的部位、性质，则必须从整体的全息观念出发，考虑一脏一腑的病理变化及相关之间的联系和影响，顺其生理功能的病变规律，抓住矛盾，以点息全，才能辨证准确，全息诊断。

脏腑全息辨证，包括脏病全息辨证、腑病全息辨证、脏腑兼病全息辨证。辨证时，要注意脏与腑各自的生理特征和全息对应的关系、全息相关的联系及各自的病理表征系统。

一、心与小肠病的全息辨证

心与小肠全息对应，相关为表里，心主血脉而藏神，开窍于舌，故心的病证特征常表现在血脉和神志异常，如心悸、失眠、神昏、发狂等相关病证。根据心病的虚实之分，临床多见有5种。

（一）心气虚、心阳虚的全息表征系统：面色㿠白，神疲体倦，自汗少气，舌淡苔白等症，为心气虚表征系统；畏寒肢冷、面色滞暗，心胸作痛憋闷，舌淡紫暗而胖嫩，为心

阳虚相关系统；两个系统的共同脉症为心悸气短、活动加重，脉细弱或结代。若大汗淋漓，四肢厥冷，口唇青紫，呼吸微弱，脉微小欲绝，神志模糊或昏迷，则为心阳虚脱的相关系统。

（二）心血虚、心阴虚的全息表征系统：两者共同的症状为：心悸、健忘、失眠、梦多。兼眩晕、面华不润滑，唇舌色淡，脉细弱，为心血虚相关系统；兼五心烦热、盗汗、口咽干燥，舌红少津，脉细数，为心阴虚相关系统。

（三）心火亢盛的全息表征系统：面赤口干渴，心烦躁，失眠多梦，口舌生疮，舌质红，脉数；甚则狂躁谵语，或兼小便赤涩刺痛，尿血等，为心火亢盛的相关系统。

（四）心血瘀阻的全息表征系统：心悸怔忡，心胸憋闷或刺痛，痛引至肩背内臂，时发时止，舌质暗紫或见瘀血斑点，脉细涩或结代；重者暴痛难忍，口唇青紫，肢冷神昏，脉微欲绝，为心血瘀阻的全息表征系统。

（五）痰迷心窍、痰火扰心的全息表征系统：1．精神抑郁，神识痴呆，神志昏蒙、举止失常，喃喃自语，或昏仆倒地，不知人事，喉中有痰鸣，舌苔白腻，脉缓而滑，为痰迷心窍的全息表征系统；2．面赤气粗，口渴心烦，多梦难眠，便秘尿赤；重者胡言乱语，哭笑无常，狂动打骂人，舌红苔黄腻，脉弦滑而实，为痰火扰心的全息表征系统。

二、肺与大肠病的全息辨证

肺与大肠全息对应，相关为表里。肺主气，司呼吸，又主宣发肃降，通调水道，外合皮毛，开窍于鼻，故肺的病变特征，多见于呼吸不利，喘息气少，咳吐痰血，上部浮肿等相关病证。根据肺病的虚实之分，临床分型多见有8种。

（一）肺气虚的全息表征系统：神疲少气，咳喘无力，动则气短，声音低怯，自汗怕冷，面色㿠白，舌质淡，脉虚弱，为肺气虚的相关系统。

（二）肺阴虚的全息表征系统：形体消瘦，干咳气短，痰少粘稠，咳痰带血，口咽干燥，声音嘶哑，五心烦热，午后潮热，盗汗，颧红，舌红少津，脉细数，为肺阴虚的相关系统。

（三）热邪壅肺的全息表征系统：咳喘气粗，咯吐黄稠痰，发热，微恶风寒，咽痛口干渴，或胸痛、咳吐脓血腥臭痰。大便秘结，小便短赤，舌红苔黄，脉数，为热邪壅肺的相关系统。

（四）燥邪犯肺的全息表征系统：干咳少痰，痰粘难咯，或喘咳唾白沫，鼻燥咽干，咳甚胸痛，舌干苔薄少津，脉细数。或伴有发热、恶风寒、头痛等表证者，为燥邪犯肺的相关系统。

（五）寒邪侵肺的全息表征系统：恶寒发热，头身痛，鼻塞流清涕，咳嗽气喘，痰稀白，口不渴，苔白，脉紧，为寒邪侵肺的相关系统。

（六）痰湿阻肺的全息表征系统：咳嗽痰多，色白稀薄，容易咯出，胸膈痞闷，或气喘痰鸣，舌淡苔白腻，脉弦滑或濡缓，为痰湿阻肺的相关系统。

（七）大肠湿热的全息表征系统：腹痛，下利脓血，里急后重；或暴注下泄，肛门灼热，口干不思饮，小便短赤；或兼有寒热口渴，舌质红，苔黄腻，脉滑数，为大肠湿热的相关系统。

（八）大肠液亏的全息表征系统：大便秘结干燥，难于排出，数日排便一次，舌红少津苔黄燥，脉细涩，为大肠液亏的相关系统。

三、脾与胃病的全息辨证

脾与胃全息对应，相关为表里。全息点位都在中焦。由于胃主受纳腐熟，脾主运化和主统血，所以，脾脏与胃腑相关密切，相关度高。

脾胃的功能是对立而统一的。脾升胃降，燥湿共济，受纳排运，使中焦相关的物质向躯体各部全息传送，这种将饮食物进行消化、吸收，又将气血物质输布全身，流注血管，供养生命的全过程，为生命的全息运动过程。这种协同作用，为“全息共振”。若脾胃全息共振崩斜，就会出现饮食物的受纳、消化、吸收障碍，诸湿肿满；升降失常，呕恶泄泻；气虚下陷，统摄无权所致的内脏下垂、各种出血，以及引起相关的气血不足等证。

脾胃虚实相对应，脾多为虚证，胃常见实证。临床相关的表征多见10种。

（一）脾胃气虚为全息表征系统：食少纳呆，食后脘腹胀满，大便溏薄，少气懒言，四肢倦怠，消瘦，面色萎黄不润华；舌淡苔白，脉缓弱，为脾胃气虚的相关系统。

（二）脾胃湿热的全息表征系统：脘腹痞满，呕恶厌食，肢体困重，大便稀溏，小便短赤不利；面目肌肤发黄；皮肤瘙痒；身热起伏，汗出热不解，舌苔黄腻，脉濡数，为脾胃湿热的相关系统。

（三）脾阳虚的全息表征系统：脘腹痛时则喜按喜温，纳食减少反腹胀，口淡不渴，四肢不温，大便稀溏；肢体浮肿，小便不利；妇人白带清稀而多，舌质淡嫩，苔白滑，脉沉细或迟弱，为脾阳虚的相关系统。

（四）脾不统血的全息表征系统：便血，肌衄；妇人月经过多，崩漏，以及相关的其他出血等；或相兼的脾气虚、脾阳虚的症候者，为脾不统血的相关系统。

（五）脾气下陷的全息表征系统：气短无力，目眩头晕，语言低弱，自汗食少，食后则胀，有脘腹坠重感，大便频数不能自控；久泄脱肛；子宫下垂等，为脾气下陷的相关系统。

（六）寒湿困脾的全息表征系统：脘腹胀满，不思饮食，泛恶欲吐，口淡不渴，腹痛溏泄，头重如裹，身重或浮肿，面色晦黄，舌体胖苔白腻，脉濡缓，为寒湿困脾的相关系统。

（七）胃寒证的全息表征系统：胃脘冷痛，轻则绵绵不已，重则拘急剧痛，遇寒加剧，得温痛减，口淡不渴，口泛清水；食后作吐，肠鸣漉漉，舌淡苔白滑，脉弦或迟，为胃寒证的相关系统。

（八）胃火证的全息表征系统：胃脘灼痛，渴喜冷饮，吞酸嘈杂，消谷善饥；食入即吐、纳则胃痛，口臭，牙龈肿痛，齿衄，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数，为胃火证的相关系统。

（九）胃阴不足的全息表征系统：口舌干燥，饥不欲食，干呕呃逆，脘痞不畅，大便干结，小便短少；舌质红少津，脉细数，为胃阴不足的相关系统。

（十）食滞胃脘的全息表征系统：脘腹胀痛，厌食，暖气或呕吐酸食腐臭，大便不调，苔厚腻，脉滑，为食滞胃脘的相关系统。

四、肝与胆病的全息辨证

肝与胆全息对应，相关为表里。两者的全息点位十分接近，故多相互影响而共同发病。

肝主疏泄，主藏血，喜条达而恶抑郁；又主筋，其华在爪，开窍于目。由于肝的生理

特征，故多出现相应相关的表征，如头晕目眩，风气内动，筋脉拘急；疏泄失职。气滞血瘀，胀痛满闷，抑郁不舒或烦躁易怒，及各种眼疾等。由于肝胆的疏泄功能有助脾胃消化的作用，所以，肝胆的疏泄功能又与脾胃的纳食，消化吸收功能直接相关。

肝病有虚实之分，肝阴、肝血不足为虚证；气火有余、湿热诸邪气为实证；风阳内动之上扰，则属本虚标实。临床上多见有8种相关表征。

（一）肝气郁结的全息表征系统：情志抑郁，急躁易怒，胸闷不舒，胸胁或乳房、少腹胀痛，痛经，月经不调，脉弦。或咽中如梗，吞之不下，吐之不出的梅核气；颈项瘿瘤；腹部癥瘕等，为肝气郁结的相关系统。

（二）肝阳上亢的全息表征系统：眩晕耳鸣，头痛头胀，急躁易怒，面红目赤，健忘心悸，失眠梦多，腰膝酸软，舌质红绛，脉弦细数，为肝阳上亢的相关系统。

（三）肝火上炎的全息表征系统：头痛眩晕，耳鸣如潮，口苦咽干，面红目赤，胁肋灼痛，烦躁易怒，失眠或恶梦纷缭；吐血衄血，便秘尿赤。舌质红，苔黄燥，脉弦数，为肝火上炎的相关系统。

（四）肝风内动的全息表征系统：常见有肝阳化风、热极生风、血虚生风所致的动摇、眩晕、抽搐等主证。

1. 眩晕欲仆，头痛如掣，肢麻震颤，手足蠕动，语言不利，步履不正，舌红，脉弦细；或卒然昏仆，舌强不语，口眼㖞斜，半身瘫痪的中风，为肝风内动的相关系统。

2. 热极生风所致的高热烦渴，抽搐项强，双目上翻，角弓反张，神志昏迷，舌红苔黄，脉弦数，为热极生风的相关系统。

3. 眩晕飘然，视物眼花，面色苍白，指甲萎软㿠白，肢麻颤动，有便血或月经过多、崩漏等出血病史，舌淡，脉濡细者，为血虚生风的相关系统。

（五）肝血不足的全息表征系统：面色无华，眩晕多梦，耳鸣如蝉，眼睛干涩，视物眼糊或雀盲，肢体麻木或筋脉拘急，肌肉蠕动，爪甲不荣，经量少或闭经；舌淡，脉细，为肝血不足的相关系统。

（六）寒滞肝脉的全息表征系统：少腹牵引睾丸坠胀疼痛，或阴囊收缩，遇寒则甚，得热则缓，形寒肢冷，舌苔白滑，脉沉弦或迟等，为寒滞肝脉的相关系统。

（七）肝胆湿热的全息表征系统：胁肋胀痛，口苦纳呆，呕恶腹胀，大便不调，小便短赤。苔黄腻，脉弦数。或身目发黄；寒热往来；阴囊湿疹、睾丸热肿胀痛；带下黄臭，外阴瘙痒等，均为肝胆湿热的相关系统。

（八）胆郁痰扰的全息表征系统：头晕目眩，口苦，呕恶，烦躁不寐，惊悸不宁，胸闷不适，舌苔黄腻，脉弦滑，为胆郁痰扰的相关系统。

五、肾与膀胱病的全息辨证

肾与膀胱全息对应，相关为表里。肾为先天之本，主藏精，主骨生髓通于脑，又主水液，主纳气，开窍于耳与二阴，其华在发。以此生理特征与相关的生长发育、生殖机能、水液代谢的异常，脑、髓、骨以及某些呼吸、听觉、大小便的病变全息相关，形成了以肾脏为全息点位，元阴元阳为之根本的相关全息共振大系统。临床多见的有肾阳虚、肾阴虚、肾精亏与肾气虚等。

（一）肾阳虚的全息表征系统

1. 面色㿠白，形寒肢冷，精神不振，腰膝酸冷，阳萎，妇女宫寒不孕；舌淡苔白，

脉沉细无力，且两尺脉尤甚者，为肾阳不足的相关系统。

2．畏寒肢冷，尿少身肿，腰以下肿甚，按之没指，腹胀满，腰酸肢冷；心悸气短，喘咳痰鸣；舌淡胖嫩有齿痕，苔白滑，脉沉弦，为肾虚水泛的相关系统。

（二）肾阴虚的全息表征系统：眩晕耳鸣，视力减退，健忘少寐，腰膝酸软，形体消瘦，咽干舌燥、入夜更甚，五心烦热，或午后潮热，盗汗颧红，男子遗精，女子经少经闭，或见于崩漏；舌红苔少而干，脉细数者，为肾阴虚的相关系统。

（三）肾精不足的全息表征系统：男子精少不育，女子经闭不孕；小儿身材矮小，发育迟缓，智力和动作迟钝，骨骼痿弱，囟门迟闭；成人早衰，健忘恍惚，发脱齿摇，足痿无力，精神呆板，动作迟缓等，均为肾精不足的相关系统。

（四）肾气不固的全息表征系统：神疲，腰膝酸软，小便频数清澈，尿后余沥，或遗尿失禁，夜尿频多，男子滑精早泄，女子白带清稀，胎动易滑。久喘息短等，均为肾气不固的相关系统。

（五）膀胱湿热的全息表征系统：尿频、尿急、尿涩少而痛，尿黄赤混浊或尿血，或尿有砂石；或伴发热腰痛；苔黄腻，脉数，为膀胱湿热的相关系统。

六、脏腑兼病的全息辨证

脏和腑是两个复杂的生理系统，众多的全息元纵横交错，各个脏器之间，在生理功能上紧密相关，因而发病时，相互相关受影响。脏病及脏、脏病及腑，腑病及脏、腑病及腑，凡两个以上脏器相继或同时发病的，即为脏腑兼病。

脏腑兼病，证候极为复杂，其相关兼病的原因，多为“相生相克”发生全息对应的病理改变，出现脏腑相关联系的“相乘”和“相侮”，使全息元之间的病理变化朝着“反息”的势态发展，以致造成整体的全息信息干扰，这样使脏腑之间不能“全息共济”，而病势独亢，相关为病。临床脏腑兼病多见于 12 种。

（一）心肾不交的全息表征系统：虚烦不眠，心悸健忘，头晕耳鸣，口咽干燥，腰膝酸软，梦遗；潮热盗汗；腰膝酸困发凉者，为心肾不交的相关系统。

（二）心肾阳虚的全息表征系统：形寒肢冷，心悸怔忡，尿少身肿，唇甲青紫，舌质青紫暗淡，苔白滑，脉沉微者，为心肾阳虚的相关系统。

（三）肺肾气虚的全息表征系统：呼多吸少，喘促短气，动则尤甚，声低气怯的肾不纳气之征；或自汗遗溺，肢冷面青，舌淡，脉虚浮无根者，为肺肾气虚的相关系统。

（四）肺肾阴虚的全息表征系统：咳嗽痰少，或痰中带血，口燥咽干，或声音嘶哑，腰膝酸软，心烦少寐，骨蒸潮热，盗汗颧红，男子遗精，女子月经不调；舌红少苔，脉细数者，为肺肾阴虚的相关系统。

（五）肝肾阴虚的全息表征系统：头晕目眩，健忘失眠，耳鸣如蝉，咽干口燥，胁痛，腰膝酸软，五心烦热，颧红盗汗，男子遗精，女子月经量少；舌红少苔，脉细数者，为肝肾阴虚的相关系统。

（六）脾肾阳虚的全息表征系统：面色㿠白，形寒肢冷，腰膝或少腹冷痛，下利清谷或五更泄泻，或面浮肢肿，小便不利，甚则水臌胀满；舌质淡嫩，苔白滑，脉沉弱者，为脾肾阳虚的相关系统。

（七）脾肺气虚的全息表征系统：短气乏力，咳喘痰多而稀白，食欲不振，腹胀便溏，甚则面浮足肿；舌淡苔白，脉细弱者，为脾肺气虚的相关系统。

（八）心肺气虚的全息表征系统：心悸气短，咳喘少气，胸闷发憋，自汗乏力，动则加重；面色㿠白或滞暗，或见口唇青紫；舌质暗红或见瘀斑，脉细弱者，为心肺气虚的相关系统。

（九）心脾两虚的全息表征系统：心悸健忘，失眠多梦，饮食减少，腹胀便溏，面色萎黄，倦怠乏力；或皮下出血，月经色淡量多、崩漏，或经少经闭；舌质淡嫩，苔白，脉细弱者，为心脾两虚的相关系统。

（十）肝火犯肺的全息表征系统：胸胁灼痛，急躁易怒，头晕目赤，口干苦，心烦热，咳嗽阵作，甚则咳血；舌红苔薄黄，脉弦数者，为肝火犯肺的相关系统。

（十一）肝胃不和的全息表征系统：胸胁、胃脘胀满疼痛，呃逆嗳气，吞酸嘈杂，郁闷或烦躁易怒；舌苔薄黄，脉弦者，为肝胃不和的相关系统。

（十二）肝脾不调的全息表征系统：胸胁胀满疼痛，常叹息，精神抑郁或性情急躁，纳食减少，腹胀便溏，或大便不调，肠鸣矢气，或腹痛泻泄；苔白，脉弦者，为肝脾不调的相关系统。

第三节　六经全息辨证

六经全息辨证，是以《伤寒论》为理论基础，研究和分析外感寒邪所引起的一系列相关的病理变化及相关的转变规律，据其证候体征、病变特点，而用于诊断外感病的一种全息相关的辨证方法。

六经全息辨证，以阴阳为整体的辨证纲领，按阴阳与病证对应的属性。划分为两大组全息相关的病证系统，每一个病证又有各自相关的表征系统，每一个表征的反映，又与脏腑之间相应的全息元相关，脏腑发生病变，全息元按其属性归类，与阴阳各自反映的通道全息相关。在阴阳的整体辨证中，以太阳病证、阳明病证、少阳病证为阳性相关的体系，合称三阳病证体系；以太阴病证、少阴病证、厥阴病证为阴性相关的体系，合称三阴病证体系。三阳病证体系以六腑病变为相关基础，三阴病证体系以五脏病变为相关基础。由于六经病证反映了经络、脏腑的病理变化，六经辨证又将五脏六腑的病变全息集成，因此认为，六经病证的辨证，实际是概括了脏腑十二经的相关病变。这样，在相关病理作用下，脏腑与十二经脉在运行气血，协调阴阳等方面相关密切。十二经脉是人体经络系统的主体，在体内各归属相关的脏腑，经络在人体的分布，则与穴位分布全息相关。外感寒邪时，就会一经受邪，循经而入，一腑有病，波及邻脏，整个机体的平衡规律被打乱，若机体不能及时进行全息调整，就会发生病理改变。

六经全息辨证，不但要研究和分析外感病的演变过程中所表现的各种相关证候，而且注重病势归转的相关规律。根据六经病证在病理上的全息定位和区分，使病邪的侵入和转变规律，有了相应的发展阶段的界线。六经病证就是六种病变部位的所在。因此，既要按严格的区分定位，将各证分部属为表位、里位、半表半里位，还必须考虑各部属之间的相关系统的联系。

一、太阳病的全息辨证

太阳病是寒邪入侵机体所致的第一屏障，正邪斗争的初期阶段。太阳主一身之表，统摄营卫，具有抗御病邪侵袭的功能。太阳病证的共同而相关的体征为发热、恶寒，头项强

痛，脉浮。以外感病的特点，又有风证和寒证之分：

（一）太阳中风证的全息表征系统：头痛，发热，汗出，恶风，脉浮缓。

（二）太阳伤寒证的全息表征系统：恶寒发热，头项强痛，腰身疼痛，骨节痛，气喘无汗，脉浮紧。

二、阳明病的全息辨证

阳明病证是正邪斗争的极期阶段，病位在三阳病证的最深层部、与太阳病的传入全息相关。这是由于太阳失治或误治，使邪热内传入里，伤津化燥，燥结成实所致。据其病变部位及症候特点的不同，又分为经证和腑证。经证为：阳明热邪在全身，但肠中无便结；而腑证为：胃肠燥热成实，便秘不下。

（一）阳明经证的全息表征系统：身大热，出大汗，大渴大饮，面赤心烦，舌苔黄燥，脉洪大。

（二）阳明腑证的全息表征系统：身热及午后潮热，汗出不断，大便秘结，腹痛拒按，烦躁不安，神昏谵语，或循衣摸床，苔黄燥或苔焦黄起芒刺，脉沉实有力。

三、少阳病的全息辨证

少阳病证，是邪气未除，正气已虚，病邪内侵，结于胆腑，邪正相争于表里之间，枢机不利的病变。由于少阳病的部位，既不在表，又未完全入里，而是在表里之间，故又称为半表半里证。这也表明少阳病势发展有双向趋势而与之相关。

少阳病证的全息表征系统为：寒热往来，胸胁苦满，神情不定，纳食减少，口苦咽干，目眩花，心烦喜呕，脉弦。

四、太阴病的全息辨证

太阴是三阴之首，为三阴之屏障，病入三阴，太阴首当其冲。太阴病证属虚寒病变，与脾阳虚弱，寒湿内阻的病理变化相关。

足太阴脾与足阳明胃相关密切，同居中焦部位，是表里关系，共同维系经脉、脏腑的沟通和交流。太阴病和阳明病共同的症状是腹满而痛，但有虚实之分：太阴腹痛，时痛时止，喜温喜按，属虚征；阳明为腹满硬痛，持续不减，拒按，属实证。

太阴病证的全息表征系统为：腹满呕吐，食欲不振，腹泻时痛，喜按喜温，口不干渴，舌淡苔白，脉迟或缓。

五、少阴病的全息辨证

少阴病是心肾机能衰退性病变，是三阴病变的进一步发展。少阴病的相关部位在心肾两脏。心肾为水火之脏，阴阳之根，因此，病及少阴，多为心肾机能衰竭，或阳虚阴盛，或阴虚火旺。临床多见于少阴寒化证和少阴热化证两种。

（一）少阴寒化证的全息表征系统为：恶寒踡卧，手足厥冷，精神萎靡，下利清谷，欲吐不吐，口不渴或渴喜热饮，小便长，舌淡苔白，脉沉微。

（二）少阴热化证的全息表征系统：心烦不眠，口燥咽干，小便黄，舌尖红赤，或舌绛少苔，脉细数。

六、厥阴病的全息辨证

厥阴为阴之尽，阳之始，阴中有阳。厥阴病证是外邪侵入机体而疾病的最后阶段。由于正气衰竭，阴阳调节紊乱，故主要表现为寒热错杂，厥热胜复。若阴寒由盛极转衰，阳气由虚衰转复，则病情好转；若阴寒盛极，阳气不续而先绝，则病情重笃而垂危。若阴寒

虽盛，但阳气尚能与之抗争，则呈现阴阳对峙，寒热错杂的证候。

厥阴病证的全息表征系统为：口渴不止，气上冲心，心中疼热，饥而不思食，厥逆下利，呕吐或吐蛔。

第四节　卫气营血全息辨证

卫气营血全息辨证，是用于外感温热病的一种全息相关的辨证方法。它是在伤寒六经辨证的基础上发展起来的。以外感温热邪气为致病的信息源，分析和诊察热邪的传变途径及相关的病理变化，是中医全息辨治外感病的又一个组成部分。具有温热病的系统性。

卫气营血既是对温热病四类证候的概括，又代表着温热病发展过程中浅深轻重不同的四个阶段。其阶段顺序为病邪首先由卫入气，由气入营，由营入血。邪气越深，病情越重。卫气营血病证具有明显的全息点位，层次分明，阶段少，环节紧扣，发病急、传变快、热邪直入营血等特点。以全息点位划分相关病位，卫分证主表，病位在肺与皮毛；气分证主里，病位在胸膈、肺、胃、肠、胆等脏腑；营分证是邪热入于心营，病在心与包络；血分证则热已深入肝肾，重在耗血，动血。根据其相关的生理病理及上述特点，临床要按分型全息辨证，但要注意病变的顺差逆转，具体分析，准确把握。

一、卫分证的全息辨证

卫分证，是温热邪气侵犯肌表，卫气功能失常所表现的相关证候，常见于温热病的初期阶段。因肺主皮毛，卫气通于肺，故卫分证常伴有肺经病变的证候。

卫分证的全息表征系统为：发热，微恶风寒，舌边尖红，脉浮数，常伴有头痛，口干微渴，咳嗽，咽喉肿痛等症。

二、气分证的全息辨证

气分证，是温热邪气已内入脏腑，正盛邪实，正邪剧争，阳热亢盛的里热证。气分证的出现与卫气的功能失常直接相关，是病势发展的第二个阶段，也是病势扩散到众多相关的脏腑部位，以病变的脏腑部位为相关的全息点位，与上卫下营发生相关联系，形成一个邪居气分，以致脏腑病变的全息相关系统。由于温热邪犯气分所在脏腑、部位的不同，因此所反映的证候类型也很多。常见的有热壅于肺，热扰胸膈，胃热亢盛，胆热郁滞、脾胃湿热，肠道热结等相关的病证。

气分证的全息表征系统为：发热不恶寒反恶热，舌红苔黄、脉数为主要体征，同时常伴有心烦热，口干渴、尿赤等；或咳喘、胸痛，咯吐黄稠痰；或壮热烦渴，喜冷饮，出大汗，脉洪大；或潮热便秘，或纯泻稀水，腹满硬痛，苔黄燥或焦黑起刺，脉沉实有力等。

三、营分证的全息辨证

营分证，是表明温热病邪气已内陷的深重阶段。由于营分在气分和血分之间，故与气分、血分全息相关，因而疾病由营转气，则表示病情好转；由营转入血分则表示病情更加深重。

营分证的病理点位主要在心脏，与心藏血，心主神明全息相关。营是血中之气，为血之前身，内通于心。因此，营分证是以营阴受损，心神被扰为相关的病理特点。这多由气分的脏腑病变导致相关的心与包络的病变。也因患者正气虚弱，使卫分的病变逆传而直入营分。

营分证的全息表征系统：身热夜甚，口渴不甚；心烦躁，睡眠差，重者出现神昏谵语，斑疹隐现，舌质红绛，脉细数等。

四、血分证的全息辨证

血分证，是卫气营血病变的最后阶段，也是温热病发展过程中最为深重的阶段。血分证的全息点位在心、肝、肾三脏，与之全息相关。由于此阶段是温热病发展的结束，故包含着卫分、气分和营分的生理病理信息，每一个阶段的病势发展或转归，都与血分证息息相关，血分证的病势程度，往往导致机体整体的功能态和生理的相关变化，决定于全息论治所采取的对策和宏观评价病势的变化。

血分证是以血为主体，邪热为客体的研究对象。血为有形物质。血质与邪热相加，必将导致病理、化学的变化、心主血而肝藏血，必受相关的影响，热耗真阴、亡阴失水、故病变又相关于肾，所以，血分证是以心、肝、肾病变为主的全息系统，临床表现除具有相关的营分证候外，更重以耗血、动血、阴伤、动风为其相关的全息特征。

血分证的全息表征系统为：在营分证的全息表征系统的基础上，更表现出高热，躁扰发狂，斑疹透露，或吐血、衄血、便血、尿血及不定时的经血，舌质绛紫；或神昏躁扰，手足抽搐，颈项强直，角弓反张，双目上视，牙关紧闭；或持续低热，暮热早凉，五心烦热，口咽干燥，神倦耳聋，舌上少津；或见肢体干瘦，唇萎舌缩，齿干枯燥，目陷睛迷，昏沉欲睡，两颧红赤，手足蠕动时有抽搐，心憺憺大动，脉虚数或细促。

第五章　治则治法全息

治则治法全息，是将治疗的法则和治疗的方法两组相关系统进行全息统一的信息化处理，以求确定最佳的治疗方案。治则与治法是不可分割的两个组成部分，两者相关联系，目标统一，是全息论治中的重要内容，也是辨证论治实施的最后阶段，这一阶段的法则是否得当；方法是否对症，是治疗疾病成功与否的关键阶段。治则治法协调统一，有章可循，就能及时地控制疾病，治愈疾病；否则，疾病就会失治、误治。由于机体是全息相关而统一的整体，一症一证失治误治，都会导致机体整体的相关致病或衰竭。

第一节　治　则　全　息

治则全息，是按整体观念和辨证论治的基本精神，对临床治疗所遵循的有相关意义的法则。治则全息强调整体性，正确处理局部和全局的关系；重视内因与外因的相关性，正气与邪气的相关性，正确处理现象和本质的关系，正确处理原则性和灵活性的关系。

一、治病求本的法则

“本”是对“标”而言，标本是相对而相关的概念。如从正邪双方来讲，正气是本，邪气是标；从病因与症状的相关性看，病因是本，症状是标；从病变部位相关性讲，内脏是本，体表是标；从疾病先后来讲，旧病是本，新病是标，原发病是本，继发病是标等。治病求本的法则，就是从疾病的发生、发展中所表现的症状，去搜集、分析疾病现象中的本质，从而确立相关的治疗法。比如，头痛可由外感、血虚、痰湿、瘀血、肝阳上亢等多种原因引起，治疗时不能只对症止痛，而应采取相关的解表、养血、活血化瘀、平肝潜阳、燥湿化痰等方法的全息治疗。

（一）治标与治本全息对应

治标与治本的全息对应在于分清各种病证矛盾中的主次关系。标本是一对应系统，这一系统中的矛盾核心是解决缓急，标本缓急的相关治疗原则有三种：一是急则治其标；二是缓则治其本；三是标本兼治。

（二）正治与反治全息对应

正治与反治是一对相应的全息治病法则系统。正反表面看不相关，实际都是共同治病治本，两者息息相关，不可偏一。

正治亦称逆治，即以热药治寒证，以寒药治热证，以补法治虚证，以泻法治实证，这是临床通用相关的治疗原则。

反治也称从治，即从表面看是顺从症状，实际上仍是针对疾病本质的一种相关的治疗原则。例如治疗心下痞满，当以消导行气，如果疾病的本质是由虚而来，则应补气，这叫“塞因塞用”；治疗泄泻，一般应以止泻为目的，可用固涩收敛药，如果本质是由湿热而来，则应清热导滞，这叫“通因通用”。又如治疗表热里寒的真寒假热证，要以温热药治其真寒证，这叫做“热因热用”或称”以热治热”。所以，反治法也就是从治法，反治法

则说明病证表现既有表面相关，也有实质相关。辨证论治必须在整体观念的指导下，注重治病求本的法则和相关的本质治疗。

二、扶正祛邪的法则

扶正与祛邪是两组全息相关的治病法则，正气盛，邪气就衰；邪气盛，正气就衰。中医全息治病的根本目标就在于改变正邪双方力量的对比，正确处理好“正”与“邪”的辨证关系，使病势向治愈方面转化。病变的虚实与正邪盛衰全息相关，虚证用扶正的补法，实证用祛邪的泻法。

中医的扶正祛邪是以整体观去观察和分析正邪消长盛衰的相关情况，根据正邪在抗争中的地位，决定扶正与祛邪的主次，先后。采取以扶正为主，或以祛邪为主，或以扶正与祛邪并举，或以先扶正后祛邪，或是先祛邪后扶正等不同的相关层次结构、由于机体各组织之间，全息元相关联系的病理结构改变，以致整体的正邪反映信息不一，所以扶正祛邪必须采取相关而对应的措施。

三、调整阴阳的法则

调整阴和阳的相应平衡，是临床治疗的根本法则。阴阳全息统一性反映了机体生理平衡的两个组成部分。疾病的发生，使两个组合系统的相对性、相关性遭到破坏，也使正常的阴阳消长过程出现偏盛偏衰。机体整体的阴阳偏盛偏衰与局部的脏腑病变全息相关、而局部的脏腑病变又与整体的阴阳盛衰全息相关。

阴阳偏盛，为阴或阳的过盛有余。在调整阴或阳偏盛时，应注意是否有相应的阴或阳偏衰的情况存在。若阴或阳偏盛而相对应的一方并非构成虚损时，即可采用相应的“损其有余”的方法，清泻阳热或温散阴寒。若相对应一方偏衰，则配以扶阳或扶阴之法。

阴阳偏衰，为阴虚或阳虚。阳病治阴，阴病治阳，因阴虚而致阳热亢盛者，应滋阴以制阳，这种治法为“壮水制火”。因阳虚而致阴寒偏盛者，应补阳以制阴，这种治法为“益火消阴”。若阴阳两虚，则应阴阳双补。

阴阳是辨证的总纲，总纲包含了疾病的各种病理变化，并与机能活动的表里出入，上下升降，寒热进退，邪正虚实全息相关。故采取相关的解表攻里，越上引下，升清降浊，寒热温清，虚实补泻等相对应的治法。各种治法都以调整阴阳平衡为全息相关的交点，都着眼于整体的完整性。

四、天、地、人全息统一法则

天、地、人的全息统一治疗法则是人与时空、人与环境的相关治疗法则。人的身体健康无时无刻都受到时空、环境的影响，三者关系紧密，相关度高，同时反映了机体与外界、内因与外因的全息辨证的统一性。

（一）因时制宜的法则

时空气候的运动变化，对人体生理功能、病理变化均产生一定相关的影响。不同的季节有不同的特点，一般来讲、春夏季节不宜过用辛温发散之品，以免开泄太过，耗伤气阴；而秋冬季节应慎用寒凉之品，以防苦寒伤阳。这说明季节的变化与药物的物质全息相关，用药又必须考虑外界气候变化的相关性，用药全息，“天人相应”。

（二）因地制宜的法则

因地制宜就是根据不同地区的地理环境特点，来考虑治疗用药的相关性。人的生理活动与地理环境全息相关，地理环境的优劣与人体健康程度又全息相关，恶劣的环境是导致

疾病产生的温床。在全息用药时必注意病变发生的性质，如我国西北地区，地势高寒少雨，故相关的病变多燥寒，治宜辛润；东南地区，地势低而温热多雨，故其病变多湿热，治宜清化。说明地理环境有相关的方位性和区域性，用药治疗时应考虑与此相关的地区特点。

（三）因人制宜的治则

因人制宜是针对人的本身的不同特点，而考虑相关的治疗用药的原则。特点的差异在于病人的年龄、性别、体质、生活习惯等，还有男女性别的差异，生理机能的不同，为此组成了以人为“本”的治则系统。因此，老年人气血衰少，机能减退，病多虚证；小儿脏腑娇嫩，虚实易变；妇女的胎产经带情况复杂等，治疗时均应将相关的个体特征通盘考虑。以及用药剂量的差别，患者的职业、工作条件等都应加以注意。

第二节　治　法　全　息

治法全息是阐述和运用治疗方法与病证性质相关与药物药性相关的一种全息治疗法。治法全息是在辨证施治过程中，通过理、法、方、药来体现的，是辨证论治中一个重要的环节。

一、治法的相关系统

（一）治法与病因的相关性

中医全息诊断的病因辨证即为审证求因，针对病因施治的一种相关的辨证方法。如自然界的风、寒、暑、湿、燥、火六淫之气，当六气异常变化，太过或不及，在人体抵抗力低下时使人致病，所以根据病邪特征，就产生了相应的祛风、散寒、除湿、润燥、清热泻火等不同的治疗方法，因而形成了病因的治疗系统。

（二）治法与八纲的相关性

表、里、寒、热、虚、实、阴、阳为相关的八纲辨证系统。这种方法是根据病变部位和病变性质进行相关辨证而归纳的，它揭示了矛盾的两个侧面，反映了朴素的全息对立统一的辨证观点，以八纲为依据确定相关的治疗法则。

（三）治法与卫气营血的相关性

卫气营血辨证是根据热性病的特点规律，划分为浅深不同的四个阶段。因此，在治疗上也就相应产生了各个不同阶段的治法。邪在卫分宜辛凉解表，在气分宜辛寒清热，在营分宜清营泄热，在血分宜凉血救阴。

（四）治法与脏腑经络的相关性

任何疾病都属于脏腑经络机能紊乱的结果，临床症状和体征是脏腑经络病变的反映。因此，临床辨证常以脏腑经络辨证为纲。为反映疾病的内在联系，与其它几种辨证方法有机的结合，才能进一步揭示疾病的本质，从而对疾病作出诊断。

脏腑经络病变的各种治法，都是以脏腑的生理、病理学知识为依据。例如，肝喜条达疏泄，这是肝的生理特点。以此采取调气疏肝法治疗肝气郁结。从肝经脉循少腹，络阴器的理论，当从肝经论治少腹和前阴病变。总之，脏腑经络的全息点位多，内在的联系比较复杂，只有通过表现，认真分析，才能正确地运用治法。

二、治法与方药的相关性

理、法、方、药是辨证论治不可缺少的组成部分，四者是相依、相关、相存的。方剂是以治法为依据组合起来的，没有治法为依据，就无法组合方药方剂。治法与方药具有相关的密切性，在临床中常是共同体现的。11 种治法的系统性，相关性，正是辨证论治的完整性的一部分。

（一）汗法

汗法，即解表法，它是一种疏散外邪，解除表证的方法。汗法与寒邪、热邪和辛温辛凉药性全息相关。因此，常用于外感初起，病邪侵犯肌表所表现出一系列的病症，如恶寒发热、头痛项强、肢体疼痛，无汗或有汗等相关的表征系统。

汗法的解表作用又分辛温解表和辛凉解表两种。辛温解表法适用于外感风寒表征，常用麻黄、桂枝、羌活、防风、白芷、紫苏等相关的药物组成方剂。辛凉解表法适用于外感风热或温病初起，常用与表热全息的药物如银花，连翘，桑叶，薄荷，牛蒡之类。组成相关的治疗系统。

（二）清法

清法是清除热邪的治疗方法。清法的运用范围相关度高，与温热疾病的治疗更为直接相关。在临床中以清气分热，清营凉血，清脏腑热，清虚热等，组成以清法为主的全息治疗系统。

清气分热主要用于治疗热在气分的相关病证，白虎汤为其相关的代表方。

清营凉血主要用于温病热邪深入营血的相关证候，热邪入营中，以清营汤为相关的代表方；热邪在血分用犀角地黄汤。

清脏腑热主要用于热邪盛于某一相关的脏腑病证。如治心火旺盛用黄连解毒汤；泻肝火用龙胆泻肝汤；清肺热用泻白散等相关的方剂。

清虚热主要用于温病后期，阴液耗伤。以青蒿鳖甲汤为相关的代表方。

清法与苦寒的药性全息相关。

（三）下法

下法，是指通下大便、以排除肠内积滞，荡涤实热，攻逐体内积水的方法。下法主要用于里实证。以寒下、温下、润下、峻下逐水组成以下法为主的全息治疗系统。

寒下法适用于肠中实热便秘，或热结旁流等相关病证，以大承气汤为相关的代表方。

温下法适用于肠中寒凝积滞之证，以温脾汤为相关的代表方。

润下法适用津枯肠燥，大便艰难，年老或产后血虚便秘等相关证。五仁丸为相关的代表方。

峻下逐水法适用于重症水肿、胸腹积水等相关病证。十枣汤为相关的代表方。

下法与甘苦寒辛的药性全息相关。

（四）和法

和法是调整机体内外及协调脏腑相关关系的治疗方法。以及组成以和解为主的全息治疗系统。

和解少阳用于热邪病在半表半里，证见寒热往来，心烦喜呕，或温病类似疟疾证状。小柴胡汤为相关的代表方。

调和胆胃用于胆气犯胃，胃失和降，胸胁胀满，恶心欲吐，心下痞满等相关病证。蒿

芩清胆汤为相关的代表方。

调和肝脾，用于肝气郁结，凌侮脾土，引起胸胁胀满，厌食倦怠，腹痛或大便泄泻，妇女乳胀胁痛，月经不调等相关证。逍遥散为相关的代表方。

调和肠胃，用于邪在肠胃，寒热失调，腹痛欲吐，心下痞硬等相关证。半夏泻心汤为相关的代表方。

和法与甘辛苦寒的药性全息相关。

（五）温法

温法，是温中祛寒和回阳救逆的治疗方法。温法以温中祛寒和回阳救逆为主的全息治疗系统。

温中祛寒法，用于治疗脾胃虚寒症。理中汤为相关的代表方。

回阳救逆法，用于治疗阴盛阳衰，阳气将亡之证。四逆汤为相关的代表方。

（六）补法

补法，是一种增强体质，改善机体虚弱状态的治疗方法。补法适用于虚弱的相关症候，以补气，补血，滋阴，助阳组成以补法为主的全息治疗系统。

补气法主要用于气虚症的相关证。四君子汤为相关的代表方。

补血法是用于治疗血虚证的相关证候。四物汤为相关的代表方。

补阴法是用于治疗阴虚的相关证候。六味地黄丸为相关的代表方。

助阳法是用于治疗脾阳虚、心阳虚、肾阳虚等相关的证候。肾气丸、右归饮为相关的代表方。

补法与甘平温的药性药味全息相关。

（七）消法

消法，是消导食滞或者消散积滞包块的治疗方法。消食导滞法和消症化积法，组成以消法为主的全息治疗系统。

消食导滞法，用于饮食太过，以致脾胃失运，消化呆滞引起的嗳腐吞酸，痞胀恶食等相关病证。保和丸为相关的代表方。

消症化积法，用于气滞血瘀，逐渐凝成的症瘕积滞等相关病证。加减活络效灵丹为相关代表方。

消法与酸温、咸温、甘辛温等药物性味全息相关。

（八）理气法

理气法，是疏畅气机，调理气分的方法。适用于气机阻滞或气机逆乱等相关的证候。以行气和降气组成于理气法为主的全息相关治疗系统。

行气法，主要用于气机郁滞引起的相关病证。如多见的胸痞、脘痛、胁胀、腹满等证。方剂以瓜蒌薤白汤、良附丸为相关的代表方。

降气法，主要用于因气逆所致的呃逆、呕吐、喘急等相关病证。苏子降气汤为相关的代表方。

理气法与辛温香燥的药物性味全息相关。

（九）理血法

理血法，是畅通血液、消散瘀血，以及止血的一种治疗方法。以凉血、收敛止血、温经止血、温经活血、祛瘀活血、破瘀活血等方法，组成以理血法为主的全息相关的治疗系

统。方剂以四生丸、胶艾汤、黄土汤、补阳还五汤，温经汤等为相关的代表方。

理血法与辛温苦咸寒等药物性味全息相关。

（十）祛湿法

祛湿法，是祛除湿邪的一种治疗方法。并以疏表祛湿，燥湿 化浊，清利湿 热，利水渗湿，攻逐水湿等相关方法，组成以祛湿法为主体的全息相关治疗系统。

疏表祛湿法，主治湿在肤表的病证。羌活胜湿汤为相关的代表方。

燥湿化浊法，适用于湿滞中焦，胸脘痞闷，食欲不振等证。平胃散为相关的代表方。

清利湿热法，适用于治疗湿热两盛或湿从热化，以及湿热下注所致引起的病证。茵陈蒿汤，八正散即为相关的代表方。

利水渗湿法，适用于治疗水湿壅盛，小便不利，或水肿、心腹胀满，癃闭等相关病证。五苓散为相关的代表方。

祛湿法与甘平苦寒的药物性味全息相关。

（十一）祛痰法

祛痰法，是排除或消除痰涎的一种治疗方法。是以化痰，消痰、涤痰组成以祛痰为主体的全息治疗系统。

化痰法又分为燥湿化痰、清热化痰，温化寒痰几种。燥湿化痰以二陈汤为相关的代表方；清热化痰以清金化痰汤为相关的代表方；温化寒痰以理中化痰丸为相关的代表方。

消痰软坚，用于痰浊胶结的瘰疬，痰核之证。消瘰丸为相关的代表方。

涤痰法，用于顽痰停聚，痰浊内阻，气逆喘促之证。控涎丹、三子汤为相关的代表方。

第六章　头部全息诊疗

头部全息诊疗，即头部全息诊断和头部全息治疗。它是以焦顺发主任医师、方云鹏教授、朱明清教授、周敏华博士等为杰出代表的众多医学专家，在学习、继承祖国医学“脏象理论”和“针刺疗法”的基础上，借鉴现代医学神经生理解剖的知识，通过长期大量的临床实践，在对传统的脏象经络学说和大脑局部功能定位学说进行深入研究的过程中，充分吸取了人体固有的相对独立部分能够反映整体之变化信息的这种全息相关思想，并加以认真细致地总结而逐渐形成的一种全新的微经穴诊断和治疗体系。它使祖国医学在局部与整体的结合上发生了一次质的飞跃，使中西医在诊断和治疗的结合上又向前迈上了一个新的台阶。这种新的诊断治疗方法，现已被纳入人体全息医学的理论体系之中，构成了全息诊断和全息治疗的重要内容。

第一节　头部全息诊断

一、头部全息诊断的概念

头部全息诊断是应用人体全息理论，通过仔细观察头皮部特定部位（如伏象、伏脏、倒象、倒脏等穴区）的异常变化，来判断人体某些脏器、组织及器官疾病的一种新的诊断方法。这种诊断方法是在继承祖国医学在诊断疾病时，从部分来窥测整体的这种诊断学的全息思想的基础上，结合大脑局部功能定位，溶中西医部分诊断学内容为一体而逐渐发展形成的。

二、头部全息诊断的产生

实践告诉人们任何新理论、新学说的产生，在一定意义上讲，都具有很大的继承性和显明的时代性。头部全息诊断这种新体系的确立当然也不例外，其源远流长，并可一直追溯到两千多年前我们祖国医学的脏象经络学说。

纵观祖国医学理论，我们不难发现，古人对中医脏象经络学说的有关论述与全息医学的基本观点和思想是何其相似。它几乎包容了现代全息医学的重要内容，特别是祖国医学中从贯穿整体观念的脏象经络到具有朴素的辩证唯物主义思想的诊法辨证（八纲辨证、六经辨证、脏腑辨证、经络辨证、气血津液辨证等），更是早就孕育了全息诊断学的原始内容、思想和方法，正如《内经》所谓“有诸内，必形诸外”、“视其外应，以知其内脏，则知所病矣”。古人着重强调的整体发生病变可在相应的局部反映出来，观察局部的异常变化（如疼痛、出现结节、色素沉着、皮肤发生皱折、皮温升高等），将有助于了解整体病变的观点，和现今所说的通过局部可以透视整体的全息思想，不仅一脉相承，而且异曲同工。

中医认为，人体赖以活动的物质基础是气血，而经络是内联脏腑、外络肢节、运行气血的通路，尤其是十二经脉，分属五脏六腑，贯穿表里上下，沟通四肢百骸、五官九窍、皮毛筋骨，使人体构成了一个统一的整体。它不仅在治疗上是接受各种信息的通道，同

时，在诊断上还可以预测脏腑及其所属器官的病理反应。古人在与疾病作斗争的过程中，虽然在很早的时期就发现经络与头的密切关系，并对颅脑的生理功能有了相当的了解，如："十二经脉，三百六十五络，其气血皆上于面而走空窍"（《灵枢·邪气脏腑病形》）、"首为诸阳之会、百脉之宗……皆归于头"（《针灸大成》）等，但是，由于历史条件所限和认识上的盲目性，因此，在当时仍属一个模糊的概念，根本无法确立大脑皮质机能的具体位置，也不可能真正了解大脑和经络的内在实质联系，更谈不上正确解释临床上所发现的大量"经络现象"。随着时代的发展、科学的进步，人们对头颅大脑的认识才逐步加深，从十八世纪中叶法国医生加尔先生提出颅相学说，到十九世纪大脑皮质机能定位学说的建立，经过了几代人的艰辛努力，出现了无数次的反复曲折，才使人们对大脑的认识和脑科学的研究有了长足的进展。直到二十世纪以来，颅脑科学才成为世界各国研究发展的重点，并为世人所瞩目，特别是本世纪五十年代后，由于生物学的不断发展和微电极技术的广泛应用，人们对大脑的认识就更加系统化、深刻化、理论化了。然而，于 1957 年方云鹏教授在行大脑前叶切断手术时，意外地发现患者上肢出现不同程度的功能障碍，而下肢仍可活动自如的一种现象，又对脑科学的研究提出了新的挑战。这与祖国医学中的经络又有什么联系？方氏将中西医学说相结合，在头颅大脑与经络的内在关系研究方面，不断提出自己的新观点，新见解。从一九五八年开始他对头皮针这一新学科进行了深入细致地研究，通过大量的临床探索和实践验证，又相继发现了头部一系列对多种疾病有较好功效的新的刺激点（即头穴），这些头穴既是一个刺激点，又是一个反应点，它们不仅与相应的内脏器官有着明显的生理学上的联系，而且大部分头穴与中枢的功能定位在头皮上的投影区相吻合。仔细分辨头穴是否压痛和观察头穴形态（如出现结节、皱折等）及其它方面是否变化，不仅可以用来准确地判断相应的"靶器官"有无病变，不适或宿疾，同时通过刺激（包括针刺、指压、按摩等）这些头穴，还可对其相应的功能障碍进行有效的治疗。更有趣的是这些有效刺激点（有些是患病时的反应点）排列有序，而构成代表部位、脏器、经络、穴位等新的功能穴区，其形象宛如本身之缩形图（或似一个倒立的小儿）而伏于头顶与前额，并根据形象功能分别为其取名为"伏象"与"伏脏"或"倒象"与"倒脏"等。虽然根据新穴区的反应（如压痛、结节出现等）用来诊断疾病和依据新穴区针刺以治疗疾病的确切机理在当时尚未彻底阐明，但"伏象"和"伏脏"等理论的提出，毕竟为中西医研究，特别是对经络及其与人类对自身认识要最后攻克的一个顽固堡垒——大脑的实质这一领域的深入研究又注入了新的活力。

后来众多的研究证实，造成上肢动作障碍的原因，正是方氏刀柄所过损伤"伏象"上肢的结果。这充分说明"伏象"和"伏脏"等理论，不但和经络一样具有功能现象存在，而且在大脑皮质上肯定有其功能部位的物质基础。七十年代后，随着人体科学、思维科学的不断崛起和迅速发展，分形理论（分形几何学、分形生理学）、系统论、控制论、信息论、相对论、耗散结构论等思想在多个领域中的深入和渗透，这不仅引起了工业、农业、军事、交通运输、社会管理等方面的高度重视，而且对医学界的思想认识以积极而深远的影响。尤其是用"全息"（即部分与整体含有相同的信息）的概念，对人体的整体和各部分、部分和部分的相互投射的信息联系方式进行了深刻地揭示，以人体全息现象的本质和规律重新审视人们几百年来主要用解剖学的方法对人体多系统生理功能和病理现象所获得的理性认识及用反射学的方法对人体内部各脏器与体表特定部位的相互对应的感性认识

等，指出了一个正确的导向，为科学阐明人体头部全息诊断的基本原理提供了充分的理论根据，建立头部全息诊断体系的时机已经成熟。

三、头部全息诊断的方法

头部全息诊断的方法，是医生根据患者的症状和体征，运用机体所有器官系统在头皮部特定的部位上都有各自的投影区，并且均分别与其头部相应的投影区不断进行着信息交换的这种人体全息规律，通过细心观察，认真分辨头皮部“伏象”，“伏脏”等特定部位是否有疼觉过敏、结节形成、皱折出现、皮温升高等异常现象发生。同时，参以亲身临床经验，从而对相应的“靶器官”（脏器、组织及器官）做出有无疾病及病情轻重等方面的明确判断。

第二节　头针疗法

头针是根据祖国医学脏腑经络学说，结合现代医学大脑皮质的功能定位，运用人体全息理论，在其头部有发部位（头皮）相应的刺激区进行针刺，以治疗全身疾病的一种全息疗法。

山西省运城地区头针研究所所长、主任医师焦顺发发明的头针，其刺激区的定位，大多是将大脑皮质功能区各自在头皮上的投影区，定为不同的刺激区。例如，大脑皮质中央前回是对侧肢体的运动中枢，在其对应的头皮部位即定为运动区。大脑皮质中央后回是人体对侧的感觉中枢，在其对应的头皮部位即定为感觉区等等。这种以大脑皮质功能区各自在头皮上的投影区定为不同刺激区的定位方法实际与中医传统针灸学中有关近距离取穴（募穴）的理论相吻合。有一部分刺激区分布在额前，它们和人体的脏腑器官相应，其定位是根据刺激额前某些区域可在躯体相应部位出现针感，并对相应的内脏、器官产生一定的治疗作用。反之，人体内某些脏器有病，在额前某些区域也能出现异常反应，故将这些区域定为某脏器刺激区。因有《头针》专著，章末又有头针各流派的比较，此处从略。

第三节　方氏头皮针疗法

陕西方云鹏教授发明的头皮针疗法，其刺激区主要由七个中枢刺激区和十一个穴区（左右对称存在）所组成的治疗区域群，并将这些区、穴分别命名为伏象、伏脏、倒象、倒脏、思维、记忆、说话、运平、信号、听觉、书写、视觉、嗅味、平衡、呼循等。有《头皮针》专著，本章末头针各流派比较中也有简略介绍。

第四节　朱－周氏头皮针疗法

一、头皮针的穴区定位与主治

（一）神庭区（图6－1）

【定位】以神庭穴为中心，前后各延长0.5寸，左右各旁开至眉冲穴的方形区。又以神庭穴为界分为前后二区，前为神庭1区，后为神庭2区。

【功能】神庭1区：宁神醒脑、定惊镇眩。

神庭 2 区：开窍利咽。

【主治】神庭 1 区：以神志病、头面病为主，如头痛、眩晕、目疾、鼻疾、癫狂、痫证等。

神庭 2 区：以咽喉、口舌病为主。如咽痛、声音嘶哑、言语不清等。

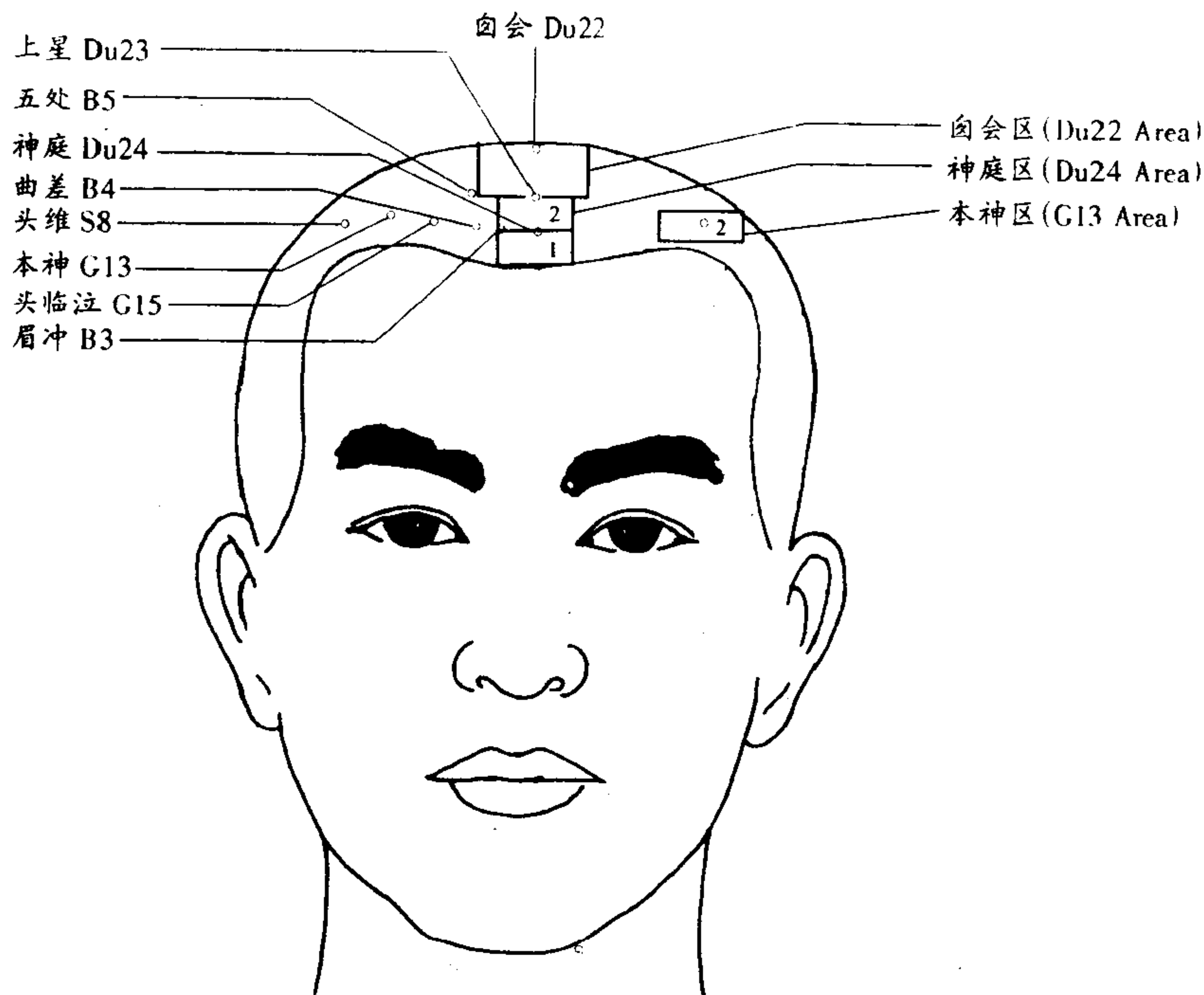


图 6－1 头皮针朱－周疗法穴区定位图（一）

（二）囟会区（图 6－2）

【定位】以囟会穴向前延长 1 寸、向后延长 1.5 寸，左右旁开 1.5 寸至足太阳膀胱经之间的方形区。又以囟会穴为界分为前后二区，前为囟会 1 区，后为囟会 2 区。

【功能】囟会 1 区：清心宁神、宽胸理气、疏经通络、强筋止痛。

囟会 2 区：和胃清肠、疏肝利胆、疏经通络，强筋止痛。

【主治】囟会 1 区：以心、肺、气管、膈等上焦病症为主，如心悸、怔忡、烦躁、失眠、健忘、咳嗽、气喘、胸痛、呃逆等。

囟会 2 区：以肝、胆、脾、胃、胰等中焦病症为主。如：胃脘痛、呕吐、腹泻、胸胁胀痛、烦躁易怒、肢体震颤，手足抽搐、目疾、口苦等。

囟会区之两侧部：以上肢运动障碍及感觉障碍为主。如瘫痪、麻痹、疼痛、震颤等。

（三）百会区（图 6－2）

【定位】以百会穴为中心，向前、后、左、右各延长 1.5 寸的方形区。又以百会穴为界分为前后二区，前为百会 1 区，后为百会 2 区。

【功能】百会 1 区：清利肠道、益肾利尿、调经、升阳固涩、疏经通络、强筋止痛。

百会 2 区：疏经通络、强筋止痛。

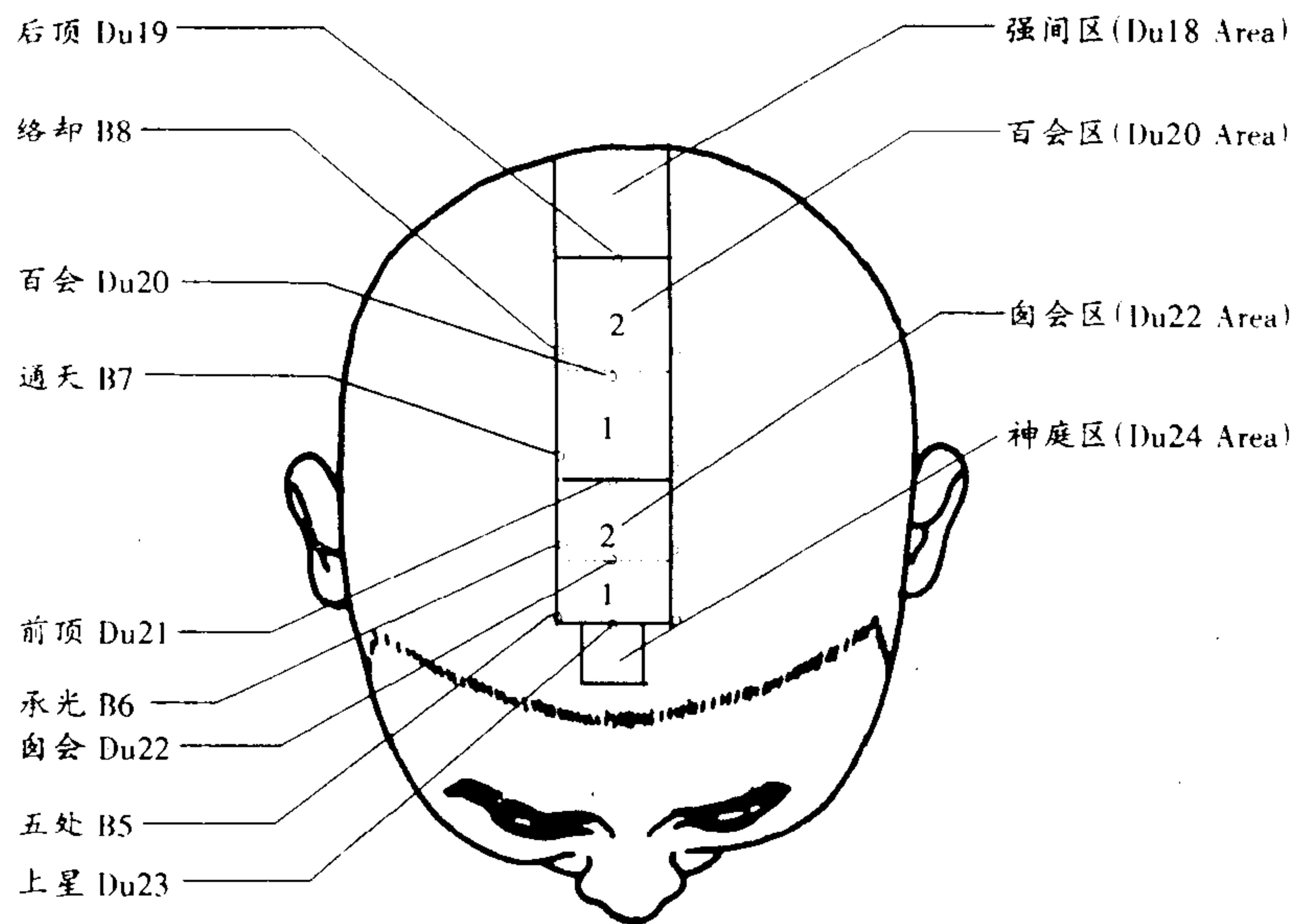


图 6－2　头皮针朱－周疗法穴区定位图（二）

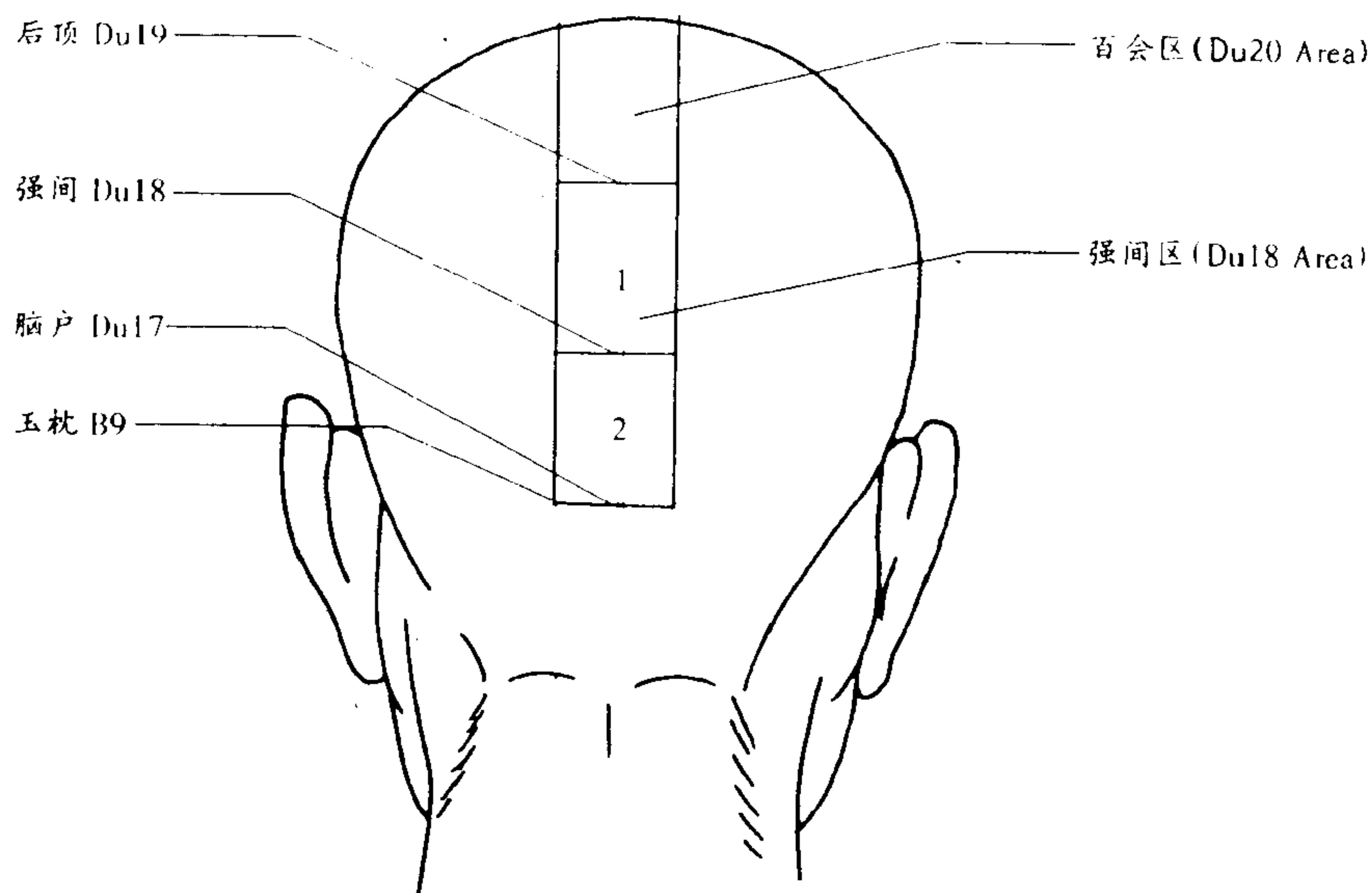


图 6－3　头皮针朱－周疗法穴区定位图（三）

【主治】百会 1 区：以下焦病症（消化、泌尿、生殖等系统）为主，如下腹疼痛、便秘、泄泻、腰膝酸痛、耳鸣耳聋、阳萎遗精、月经不调、小便不利、脱肛等。百会 1 区之

两侧部主治下肢运动障碍及感觉障碍为主，如瘫痪、麻痹、疼痛等。

百会2区：后枕部、项部病症为主。如：后枕痛、落枕、颈椎病等。百会2区两侧部可主治肩关节病变。

（四）强间区（图6－3）

【定位】以强间穴为中心，向上、下各延1.5寸，左右至两侧足太阳膀胱经经线的区域。又以强间穴为界分为二区，上为强间1区，下为强间2区。

【功能】疏通督脉与膀胱经经气、益肾、明目。

【主治】强间1区：以背部及上腰部病症为主，如腰背疼痛、乏力、脊柱外伤等。还可以治疗背部所对应的内脏所主病症、如神志精神病、心胸痛、腹痛等。

强间2区：以腰骶部病症为主，如腰扭伤、腰肌劳损、腰椎间盘突出、骶尾部外伤等。还可以治疗腰部对应的内脏所主病症，如眩晕、目疾等。

（五）本神区（图6－1）

【定位】以本神穴为中心，上下各延长0.5寸，左右旁开1.5寸的方形区。又以本神穴为界，分为内外二区，内侧为本神1区，外侧为本神2区。

【功能】本神1区：疏肝和胃、利胆清肠。

本神2区：益肾利尿、调经固涩。

【主治】本神1区：脾、胃、肝、胆、胰等中焦急性病症为主。

本神2区：肾、膀胱、生殖系统等下焦急性病症为主。

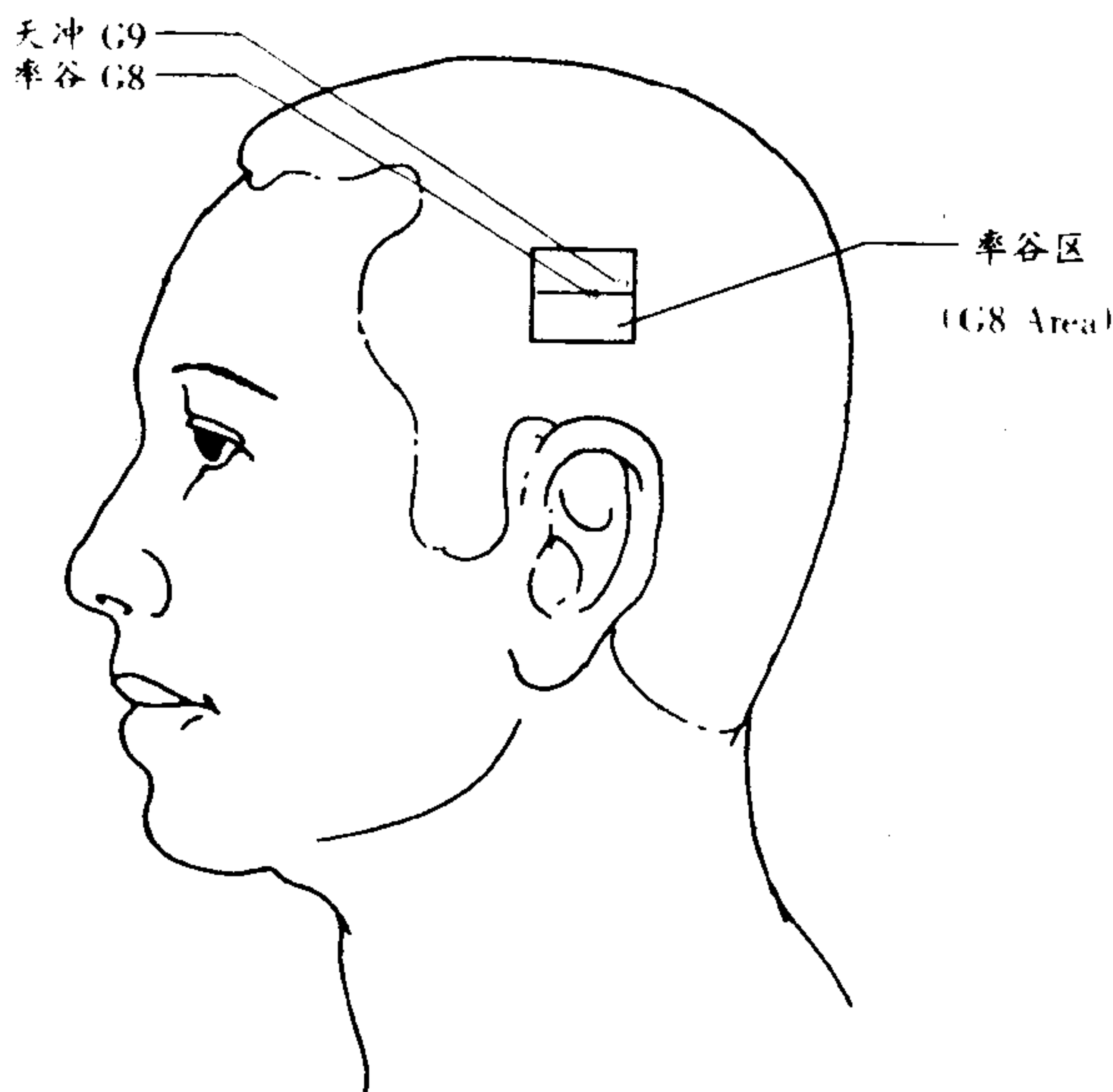


图6－4 头皮针朱－周疗法穴区定位图

（六）率谷区（图6－4）

【定位】以率谷穴为中心，向上、下、左、右各旁开1寸的方形区。又以率谷穴为界分为上下二区，下为率谷1区，上为率谷2区。

【功能】疏通少阳经气、定眩、利耳窍。

【主治】率谷1区：偏头痛、耳聋耳鸣等。率谷2区：偏头痛、眩晕等。

二、取穴、配穴方法

（一）取穴方法

朱一周氏头皮针疗法体系，是建立在坚实的中医理论基础上的，从其穴区命名和定位就可充分体现这一点，虽然与以大脑皮层功能定位为理论为基础的其它头针流派有相通之处，但并非以这种观点作为指导。因此在选穴配穴方面，朱一周疗法是以中医基本理论作为最重要的指导原则，同时可以根据病变部位取穴和应用临床经验穴。

1. 根据中医基本理论取穴：中医基本理论主要包括阴阳学说、五行学说、经络学说、脏象学说等，这些理论都直接指导着头针治疗区的选用。

（1）阴阳学说：阴阳学说在针灸领域广泛运用。广义而言，针灸治疗就是疏通经气、调节阴阳，“阴平阳秘，精神乃治”。具体而言，如十二经分手、足三阴三阳，督脉为阳脉之海，任脉为阴脉之海等等，主要是根据经络所循行的线路及其所属络的脏腑。朱一周疗法的六个穴区也可以根据其定位来划分阴阳属性。头相对于躯体属阳，但人体腹侧为阴、背侧为阳，因此我们以百会穴为界作一额状线，百会穴之前为阴，其后为阳。百会穴前的治疗区包括神庭区、囟会区、百会1区、本神区，主要用于治疗人体内脏及躯体阴面的疾患；百会穴后治疗区包括百会2区、强间区，主要用于治疗人体阳面的疾患。率谷区界于阴阳之间，治疗无明显阴阳属性的疾患。但这种阴阳属性的划分也不是机械的、绝对的，因为阴阳属性是相对的，有无穷的可分性，在一定条件下又可互相转化。如百会1区和囟会区可以治疗四肢疾患，并非仅是四肢的阴面。所以临床上要灵活运用。

（2）五行学说：五行学说广泛用于说明脏腑的生理功能及其相互关系、脏腑病变的相互影响及诊断治疗等。在针灸领域，十二经各有脏腑属络关系，也就决定了其五行属性，十二经的五腧穴又各有五行属性，因此在五行学说指导下，就产生了“子母补泻”、“灵龟八法”、“飞腾八法”等。头皮针的治疗区无明确的脏腑属络关系，也不能机械地划分五行属性，但可以根据各治疗区的主治范围而有五行偏性，如囟会1区主治心肺疾患，其五行属性就偏于火和金，以此类推，囟会2区属木、土，百会1区属水，率谷区属木等等。在具体运用中，常结合脏腑病变的相互关系来选穴，在下面脏象学说部分将具体阐述。

（3）经络学说：经络学说是针灸学的基石，也是头皮针治疗全身疾患的重要理论依据之一。朱——周氏头皮针穴区定位以头部传统经穴为中心，充分体现了经络腧穴学说的重要地位。其穴区与督脉、足太阳膀胱经，足少阳胆经，足阳明胃经等的头部循行路线相重叠，若人体某经络的循行部位出现病变，在选取头皮针穴区时，常考虑到经络的循行。如强间2区主治腰痛，若腰部正中痛属督脉所主，取强间2区的中间部位；腰部两侧痛属足太阳膀胱经所主，则取强间2区的两侧部。

朱——周氏头皮针疗法各个治疗区中都包括数个十四经腧穴，头针治疗区的功能主治也就包括了这些腧穴的主治内容。如神庭区内包括督脉的神庭穴、上星穴和足太阳膀胱经的眉冲穴，这些腧穴可以治疗神志疾患、五官疾患等，这也正是神庭区主治范围的一部分。

（4）脏象学说：中医脏象学说是研究人体脏腑生理功能、病理变化及脏腑间相互关系的学说。它是头皮针朱一周疗法选穴的一项重要指导原则。

首先可以根据脏腑的所主、功能及开窍部位来选穴。如肺主气，司呼吸、开窍于鼻，因此凡呼吸系统疾患，如咳嗽、气喘及鼻塞流涕者，皆可选用主治上焦心肺病症的囟会1区。此外肺与大肠相表里，肺失清肃、津液不能下达出现大便困难者，可取囟会1区；肺合皮毛，凡皮毛疾患如荨麻疹等均可取用本区。又如目为肝之窍，目疾可以选用治疗肝脏疾患的囟会2区，本神区。根据眼科五轮学说，角膜属肝、巩膜属心、肺，眼底属肾，又可根据眼病的不同部位，取用囟会1区、百会1区等。

根据脏腑之间的关系来选用治疗区也是一项重要原则，这也充分体现了五行学说的运用。如治疗肾阴亏虚、肝阳上亢所致的高血压患者，表现为头晕目眩、腰酸耳鸣等症状，可以根据脏象学说中肾水与肝木的关系，采用“滋水涵木”法，取本神2区、百会1区，针用补法以滋肾水；取本神1区（左侧）针用泻法以泻肝木。这样就可标本兼顾。

2. 根据患病部位取穴：对于一些可以明确定位或属某一脏腑的疾患，在确定某一治疗区后，还要明确治疗区内的具体针刺部位。因为每个治疗区均不是点或线，而是方形区，有一定的宽度（1寸～3寸），可以划分为左、中、右，针刺不是取任意部位，而要根据患病部位。

我们将身体分为颈以上和颈以下两个部分。(1) 对于颈以上的疾病，可选用治疗区内与病位的同侧，又称“同侧刺”。如神庭1区主治面部疾患，对左侧面瘫取神庭区左侧，右侧面瘫取神庭区右侧。而本神穴也可治疗面瘫，本神区有左右两个，治疗面瘫取同侧之穴区，本神区之内不必再具体分左右了。(2) 对于颈以下的疾病，应选取治疗区内病位的对侧，属于“缪刺”。如治疗下肢瘫痪取百会1区之两侧，采用缪刺法，左下肢瘫痪取百会1区的右侧，右下肢则取百会1区之左侧。又如百会2区主治上、中腹疾患，包括肝、胆、脾、胰等，从具体脏器定位上，肝胆位于右，脾胰位于左，因此治疗肝胆疾患取囟会2区的左侧，治疗脾胰疾患取囟会2区的右侧。但中医的脏象学说中，脏腑主要是一种功能的含义，定位并不十分明确，头皮针选穴定位，不必过于拘泥。(3) 对于一些病位在人体正中或病位不明确的，可以取治疗区的中央或两侧同取，有时为加强效果，可左、中、右三针并刺。如胃居上腹中央，胃病可取囟会2区的中部或两侧同取。

3. 根据临床经验取穴：针灸临床经验的积累，是新的理论产生的基础，许多经验治疗用现有理论尚难作出圆满的解释。头皮针治疗中，一些经验取穴具有良好的效果，如强间2区治疗足癣、百会2区的两侧治疗肩关节痛等。

（二）配穴方法

配穴方法，是在上述头部穴区的功能主治及取穴方法的基础上，根据不同病证的治疗需要，选取具有协同作用的两个或多个头穴配合应用，或头穴与具有协同作用的体穴等配合应用。

1. 头穴的配用：对于一种病症，可以选用几个头穴，根据病情需要，选用其中一个或几个头穴配合应用。如治疗胃痛以囟会2区为主，若属肝气犯胃所致，则要配合本神1区以疏肝理气。又如冠心病的心前区疼痛，以囟会1区（右侧）为主穴，若出现心痛彻背，则可配强间1区，这种配穴方法类似于体穴的“前后配穴法”。

2. 头穴与体穴的配用：对于某些病证，在头针治疗的同时，配合体针治疗，可以提高疗效。体穴的选取方法可采用近部取穴、远部取穴，对症取穴等。如治疗肾亏腰痛，以头穴百会1区、强间2区为主，同时可以配合体穴肾俞、委中、太溪等以协同治疗。

头皮针治疗还可与耳针、手针、腕踝针等微针疗法配合使用，在此不一一细述。本文以后论述常见病的治疗时，因篇幅所限，仅述头穴的选配，关于头穴与体穴或其它微针系统的配合之内容从略。

三、操作方法

（一）操作的基础知识

1. 针具：作者根据多年临床经验，特制了一种头皮针专用针具，其规格为：30号～34号1.2寸短柄的不锈钢毫针，它便于头皮针的行针与留针。在没有特制针具时，可采用30号或32号的1寸或1.5寸毫针代替。

2. 病人体位：头皮针治疗时，病人一般采取坐位。也可根据病情采用其它体位，如有晕针史者可采取仰卧位。坐位时，病人面部应朝向医者，这样便于正确取穴和操作。

3．消毒：最好采用一次性消毒针具。否则针具要采用高压消毒，并严格采取一人一套针具。头针施术前，一般要求受术者的头皮清洗干净，施术部位用70％的酒精棉球擦拭。医者应在施术前用肥皂清洗双手，再用70％酒精棉球擦拭后，方可持针操作。

4．进针：一般采用指切进针法，先用左手拇指端切按头穴之旁，右手持针快速刺入头穴。进针时要注意避开毛发孔，以减少进针疼痛。

5．针刺的深度和角度：头皮由皮肤、皮下组织（头皮浅筋膜）、帽状腱膜及颅顶肌、帽状腱膜下层和颅骨外膜五层组成，其厚度成年人仅0.2寸左右。头皮前三层紧密相连，不易分开，临床上视为一层，若针刺角度过小，针体刺入该三层中，不但患者感觉疼痛，而且因这三层结构致密，针体进入后，术者指下十分重滞紧涩，行针困难，影响疗效。第四层是帽状腱膜下层，这是一层疏松的蜂窝组织，一般观点认为头针应针入此层。但作者经多年临床实践和经验总结，发现若针体完全进入此层，则针下疏松，不易得气，而且此层富含血管，针尖极易伤及血管出血，若不慎感染则可经血管蔓延到颅骨甚至颅内；若针尖角度稍大，又会刺到骨膜，引起疼痛。作者摸索出的最佳进针深度是头皮前三层与第四层之间，针体进入此间，就易于出现如鱼吞饵的吸针感，且无疼痛、出血之虞。为了达到这一进针深度，针刺角度必须与头皮呈15°～20°，进针至1寸左右。对于婴幼儿也可应用头皮针，但不同于成人的针法，只需用0.5～1寸毫针在头部穴区轻轻点刺即可。

6．针刺方向：在选定穴区后，针刺的方向主要取决于病变部位。前文已述，以百会穴为界将头部穴区分为阴阳两部分，进一步划分，每个治疗区又可分为阴阳两侧，额侧为阴、枕侧为阳。针刺的方向是朝向病所，病位在阴则针尖向阴，病位在阳则针尖向阳。如胃脘痛病位属阴，取囟会2区针尖向阴，由后向前刺；腰背痛病位在阳，取强间区病位向阳，由上向下刺。要根据病变的相对阴阳属性，灵活掌握运用。

7．留针：头皮针的留针时间较体针留针明显为长，一般在2～48小时。因为头针的留针不影响人体的正常活动，不会造成任何危险，具有长时间留针的条件。而且留针期间患者的运动和导引正是增强疗效的重要途径。

留针期间，应间歇行针，保持一定的刺激量，可增强疗效。至于留针时间长短和间歇行针的次数，可视病情和治疗即时疗效而定。以病情而言，慢性、顽固性、疼痛性、痉挛性的病症，留针时间应长些，间歇行针的次数也可多些；反之则留针时间可短些，间歇行针次数也可少些，甚至进针和出针时各行针一次即可。就针刺即时疗效而言，若行针后已获即时疗效，但留针期间效果减退，则应立即行针，务使恢复并保持已取得的疗效；若留针期间配合运动，疗效保持甚而越来越好，则间歇行针的次数可相对少些。

留针期间，患者不应有疼痛不舒感，若有，则可将针稍向后退出或稍调整针尖方向即可。对于患者留针带回家者，应嘱其间歇进行导引活动，并注意防止针柄受到压迫和碰撞，以防弯针。患者年龄较小或不能很好合作者，均不宜久留针。

8．出针：出针前，一般应结合患者导引活动再行针一次。出针时，应以左手持干棉球按住针孔周围皮肤，右手持针慢慢提至皮下，然后迅速拔出。出针后要以干棉球按压针孔片刻，以防出血，若有针孔出血，按压时间稍长直到血止。由于头皮是有发部位，出针时一定要检查针数，避免遗漏，出现意外。

9．疗程：慢性病的疗程，一般隔日一次，十次为一疗程。间隔休息10～15天后，再进行第二疗程治疗，如中风后遗症的治疗属于此类。对于急性病的治疗一天可针数次，一

疗程3～10天不等，病情稳定后可改为每日治疗一次，如中风急性期，每日1次，10次为1疗程；急性泌尿系感染，则可5次1疗程。

（二）操作手法

1．抽气和进气补泻法：头皮针流派纷呈，针刺手法迥异，各具特色，各有千秋。作者根据头皮针行针的特点，在借鉴一些传统针刺手法的基础上，通过大量临床实践，逐步总结归纳，创立了“抽气法”和“进气法”的头皮针补泻手法。

（1）抽气法与进气法的具体操作。

抽气法：手持毫针与头皮呈15～20°角，运用指力快速刺入针尖，进入头皮前三层与帽状腱膜下层之间，将针体平卧，缓插1寸左右，然后用爆发力向外速提，但速提时针体最好不动，至多提出一分许。如此反复运针多次，直至得气获效。根据用爆发力的大小，抽气法有轻重之分。

进气法：进针同抽气法，针体缓插1寸左右，然后用爆发力向里速插，同样针体最好不动，至多插入一分许。如此反复多次，直到得气获效。进气法同样根据爆发力的大小分为轻重。

还有一种手法可称为平补平泻法，其运针时所用爆发力，向外速提与向内速插力量基本相同，提插时针体亦最好不动，至多移动1分许。

（2）抽气法和进气法的特点。

抽气法和进气法，是一种复式补泻手法，属于提插补泻的范畴，抽气法为泻，进气法为补。它主要由两个因素组成，一是术者的力度，二是运针的速度。力度的要求是用术者手指的爆发力提插，其具体操作可借鉴“透天凉”的紧提慢按和“烧山火”的紧按慢提手法。速度的要求是快速提插，其具体操作可借鉴《针灸大成》的“抽添法”。《针灸问对》云：“抽添即提按出纳之状，抽者提而数拔也，添者按而数推也。”但要注意，虽然抽气法和进气法用力猛、速度快，但不等于提出和插入的针体长度大，恰恰相反，每次针体出入一般不超过一分，手法熟练者可看不出针体有任何出入。

抽气法和进气法是用爆发力快速提插的，运用这种手法运针，刺激量大，有省时、省力、痛微、效捷的优点，特别适宜于各种急性病症和痛证，也有利于年老体衰、气血虚弱的患者得气收效。我们把抽气法和进气法应用于头穴透刺，并发现它尤其适宜于头皮上的操作，因此就成了头穴透刺的一种独特操作手法，对于头皮针疗法的疗效提高和推广应用具有良好的促进作用。

2．传统刺法在头皮针中的应用与发展：头皮针作为一门既古老又新兴的针灸学科，吸收了大量的传统针刺手法并加以具体应用，对提高疗效起到很大的作用。如《内经》中的多种刺法均可用于头皮针，①缪刺法：左侧躯体患病取右侧头穴，右侧有病取左侧头穴。②远道刺：头皮针治疗头部以外的全身疾病，属于远道刺的具体应用。③傍针刺：是正中刺一针，旁边加刺一针的方法。在头皮针中，同一头部穴区采用傍针刺，可以加强针刺效应。同时由于旁边一针的针尖方向与正中一针不同，而可根据病位的阴阳，决定针刺的方向。④齐刺：指正中刺一针，两旁各刺一针。应用于头皮针中，同区齐刺，既能加强针刺效应，又可兼顾病位的范围。⑤半刺：是浅刺皮肤、快速出针的刺法。本法适用于婴幼儿的头皮针治疗，在患儿的头皮治疗区上浅刺不留针。此外，元·王国瑞《扁鹊神应针灸玉龙经》所载的透穴法，是一种针刺从一穴刺至他穴的方法。绝大部分的头皮部位不能

直刺，只可横刺。我们将透穴法应用于头皮针，不仅是用于腧穴之间的透刺，而且是在头部治疗区内多方向的透刺，是透穴法的一种发展。

我们除将古典刺法直接应用于头皮针外，还创立了一些独特的头皮针刺法，以提高临床疗效。①对刺法：又分前后对刺法和上下对刺法。前后对刺一般应用于既有脏腑疾病，又有放射牵引痛者。如胃脘痛牵引至背部，一针由囟会2区向后刺，一针由强间1区向前刺，标本兼治。上下对刺应用于病情急，症状明显，局部病情重者。如胆绞痛患者针刺左侧本神1区时，可一针针尖朝上，一针针尖朝下两针同时运针，取效迅捷。②交叉刺：又分二针交叉刺和三针交叉刺。如中风偏瘫的患者，百会1区一针由前向后，一针由百会1区中部刺向斜前方，二针交叉。三针交叉刺一般用于双侧肢体都有感觉或运动障碍时百会1区中间一针，两旁再各刺一针向斜前方，三针交叉。③接力刺：是透穴法的延伸，一般应用发病部位较广，又在同一治疗线的头穴上，如中风后一侧上、下肢都发生瘫痪，须在百会1区，囟会2区上接力透刺数针才能收效。

（三）得气

1. 头皮针得气的标志：得气，是针刺感应的一种现象，是针刺取效的重要因素。针刺治病，首重得气，如《标幽赋》中有“气速至而速效、气迟至而不治”之说。一般来说，体针的得气体现在两个方面：一是病人的感受，针刺后酸、胀、重、麻等，皆是得气之征；二是术者的感受，即所谓“气之至也，如鱼吞钩饵之沉浮；气未至也，如闲居幽堂之深邃”（《标幽赋》）。然而，头皮针因针刺部位、进针角度及运针手法等有其特殊性，得气的标志也与体针不尽相同。

《灵枢·九针十二原》云：“刺之要，气至而有效。”这就告诉我们一个可以遵循的公式：针刺——气至（得气）——有效。所谓有效，即是邪气得以疏泄，正气得以恢复的调气功能。有效者，必气至也；气不至者，必无效也。因此我们认为，有效是头皮针得气的标志。

我们强调有效是头皮针得气标志，并不是否认头皮针的针感。临床实践证明，在头皮行针时，患者可能产生酸、胀、重、麻、发热、发凉、出汗等多种针感现象，也可出现循经感传现象，但如果有这些针感现象出现，而没有取得疗效，则不能认为已经行针得气。相反，若术者指下有沉紧感，同时已获即时效应，即使病人并未曾有酸、麻、重、胀等感觉，也应判断头皮针已经得气。

2. 决定头皮针得气的主要因素：主要有三大要素，缺一不可。

（1）取穴正确：头皮针的治疗区，都有其特定的定位和主治，治疗时必须首先选区得当，第二是取区准确，第三是确定治疗区内的针刺部位和针尖方向。只有这三方面都正确了，才能说是取穴正确。

（2）行针得法：针刺有补、泻之分，头皮针也同样有补、泻之别。行针时，首先必须辨证行针，即根据患者的气血盛衰，而遵循“盛则泻之，虚则补之”（《灵枢·经脉》）的原则，采用正确的补泻手法。第二，要掌握正确刺激量。行针者在施行补泻手法时，必须根据机体对针刺所产生的不同效应，决定行针时的具体刺激量。《针灸甲乙经》云：“凡刺之理，补泻无过其度。”这就是掌握刺激量大小的准则。就具体病例而言，如运针时病人已获得最佳效应，就是最适度的刺激量。这种适度刺激量，在不同机体状态下，可以是轻刺激，也可以是重刺激。第三，掌握正确的行针时间。行针时间，取决于得气与否。如行针

后患者已得气获效，则说明行针时间已够。如果没有得气获效，则术者绝不能轻易地放弃运针。因为，得气获效，往往在术者最后一下的坚持努力之中。所以头皮针行针要做到“不见效，不撤针”。

(3) 配合导引吐纳：在行针时，配合相应的导引吐纳，是头皮针朱一周疗法的特点之一，也是得气的诀窍之一。若只有行针，没有导引吐纳的配合，就不容易激发经气和引导经气至患部；即使得气，取得了即时效应，若不配合导引吐纳，也难以巩固疗效。

在配合导引吐纳时，要注意三条：一是所配合的动作要正确，要在术者指导下进行，不能由患者任意活动。二是活动时间要持久，一般要求在行针和留针期间都配合相应的活动。前面提到，在头皮针行针时患者体位最好是坐位或立位，就是为了便于行针和配合相应的导引吐纳。三是活动量要视病人的体质和疾病的性质而定。体质虚弱者，活动量相对小些；体质强壮者，活动量相对大些。急症、痛症和进行性病变，运动量相对大些；内脏疾病和不宜活动的疾病，活动量相对小些。

3. 影响头皮针得气的原因：若在头皮针行针时，得气较慢甚或不得气，就要分析经气不至的原因。应先看看取区是否正确？针刺部位和针尖方向是否符合病位的要求？若都准确无误，就要看针的角度和深度是否得当？若术者指下紧涩，患者疼痛不已，则可能进针太浅，针体进入了头皮外三层的致密结构；若针下有抵触感，病人又觉刺痛，则可能是针尖刺到骨膜。

还要分析运针是否得法？针对病人的体质和疾病的性质，刺激量大小是否适度？不及固然不易得气，但太过也会由兴奋转化为抑制；在行针时，患者的思想应当集中在患部，但由于术者操作手法不当，使患者头皮感觉不适，则会影响得气。还有一种情况，在初针时不得气，也可采取留针候气的方法，在留针一段时间后，再次运针，促进气至。

若以上都不是不得气的原因，则要看患者的素体气血如何。若脏腑机能衰退、气血败竭，则不仅不会得气，而且预后也差。对于这种情况，当首先考虑恢复正气，或改用其它方法治疗为妥。

(四) 头皮针的辅助治疗方法

在头皮针治疗时，必须配合有关的辅助方法，才能得到较好的疗效。这些方法，包括推拿、吐纳、导引等。

1. 推拿：在头皮针治疗时，经常配合采用的推拿手法有揉、摩、擦、搓、按、点、叩击、推、拿等。

(1) 揉法：分为掌揉法和指揉法两种。掌揉法是用手掌大鱼际或掌根吸定于一定部位上，腕部放松，以肘部为支点，前臂作主动摆动，带动腕部作轻柔缓和的摆动。指揉法是用手指罗纹面吸定一定部位，腕部放松，前臂作主动摆动，带动腕、掌、指作柔缓的摆动。如头皮针治疗胃脘痛时，可配合掌揉胃脘部；治疗目涩、目昏时，可配合指揉眼睑部。

(2) 摩法：摩法分为掌摩法和指摩法两种。掌摩法是用掌面附着于一定部位上，以腕关节为中心，连用前臂作节律性的环旋动作。指摩法是用食、中、无名指面附着在一定部位上，以腕关节为中心，连同掌、指作节律性的环旋运动。如头皮针治疗胸闷、胸痛、腹胀、腹痛时，在胸腹部可配合摩法。

(3) 擦法：擦法是用手掌大鱼际或小鱼际或掌根，在身体一定部位进行来回摩擦。操

作时腕关节要伸直，使前臂与手接近相平，手指自然分开，整个指掌要贴在患者的体表部位，以肩关节为支点，上臂作主动摆动，带动手掌作前后或上下往返移动。如头皮针治疗胁痛时，可配合擦两胁；治疗四肢疼痛时，可配合擦疼痛部位。

（4）搓法：搓法是用双手掌面挟住一定部位，相对用力作快速搓揉，同时作上下往返移动的手法。如头皮针治疗四肢强直者，可配合搓患者肢体关节部位。

（5）按法：可分为指按法和掌按法两种。指按法是用拇指指端或指腹按压体表。掌按法是用单掌或双掌，也可用双掌重叠按压体表。按法常与揉法结合应用，有松弛肌肉、疏通经络之功。如头皮针治疗头痛时，可配合手指按疼痛部位；治疗小便不利或小便频数时，可配合用手掌按少腹部位。

（6）叩击法：叩击法是用拳背、掌根叩击体表。拳叩击法是手握空拳、腕伸直，用拳背平击体表，用于腰背痛。掌叩击法是手指自然松开，腕伸直，用掌根叩击体表，用于四肢、腰臀部的疼痛等。

（7）点法：点法是用拇指端或拇指指间关节（食指指间关节亦可）点压体表，其作用面积小而刺激量大。在头皮针治疗时，配合点法，一般用于疼痛较剧者，有时也可在瘫痪肢体的有关穴位上施用。

（8）推法：即用指、掌或肘部着力于一定部位上，进行单方向的直线推动。作推法时要求用力要稳，速度要缓慢，着力部分要紧贴皮肤。推法应用范围很广，可用于人体各部。

（9）拿法：即用拇指和食、中两指，或用拇指和其余四指对称用力，提拿一定部位或穴位，进行一紧一松的拿捏。拿法操作时，动作要缓和而有连贯性，自轻到重，不可突然用力。拿法刺激较强，常配合其他手法使用于颈项、肩部和四肢等穴位，对这些部位的疾患，常作为头皮针的配合方法。

2. 吐纳：吐纳，是指患者在全身放松、舒适合宜的前提下，闭目养神、集中思想、排除杂念，调整自身的呼吸。一般而言，吐纳法不作形体运动，可作为静气功来看待。头皮针治疗的同时，配合吐纳法，可以引导经气、扶正祛邪。主要采用的方法有意守丹田、放松身体、胸式呼吸和腹式呼吸等。

（1）意守丹田：意守丹田即患者把意念完全集中至小腹丹田部位。丹田，是生命之根、元气汇集之处、内气发动之源。在意守丹田时，不要过分用意，要似守非守、若即若离。意守丹田一般与腹式呼吸法同用，要求意气相随，即用意念活动来影响呼吸运动，使体内的气息活动和意念活动相一致。在头皮针治疗时，不仅要求患者能意守丹田，同时要求施术者也能尽量做到这一点。如此医患一致，方可达到更佳疗效。

（2）放松身体：放松身体是吐纳的关键。放松身体是用意识引导全身放松，可以由施术者引导，也可令患者自己默念引导。放松身体，可以是放松局部肌肉，也可以放松全身肌肉，而其关键是情绪放松，不能紧张急躁。放松身体，可以在适宜的体位下，从头部到足部逐个部位进行放松。

（3）胸式呼吸：胸式呼吸要求吸气时，胸腔膨胀，小腹微缩，呼气时相反。吸气时力由脊发，以心窝后的脊柱骨为支点，朝心窝后的脊背，自上而下，气贴脊背，向胸中吸入，至自觉不能吸入时为止。呼气时仍意想从心窝后脊背处呼出似的，从而使胸腔逐渐缩小，但呼气之后仍要求胸围较平时略大些。在头皮针治疗时，胸式呼吸主要用于胸闷、气

急、咳嗽等肺部疾患，治疗无汗时还可助患者发汗。

（4）腹式呼吸：吸气时腹部隆起，呼气时腹部凹陷。吸气时，意想从腹腔中心点的脊后发力，直腰、松腹、大量吸气入腹，好似气贴脊背向肛门送下一样，边吸边向下挤压，吸到小腹有向下压实之感后，要屏息片刻，然后，慢慢呼气。腹式呼吸在头皮针治疗时配合应用较多，如用于自汗、盗汗、瘫痪、健忘、不寐、头晕以及肠胃病等。

吐纳法还包括屏气法。是在头皮针进针时，尤其是额、颞部进针时，令患者屏息，可以缓解针刺疼痛。此外，还可在针刺时，嘱患者作提肛收腹动作，也可归于吐纳法。

3. 导引：导引是古代气功的一个名称。《庄子·刻意》篇中说："吹响呼吸，吐故纳新，熊经鸟伸，为寿而已矣，此导引之士、养形之人、彭祖寿者之所好也。"可见，导引已包括姿势、动作、呼吸、按摩、静养等内容、与现在的动功和动静结合的气功相似。古人曾对导引注释说："导气令和，引体令柔。"说明导引是意念活动、形体动作和呼吸的配合。

头皮针治疗时，配合导引活动，大致有主动导引和被动导引两类。主动导引是指患者自己进行的导引活动，适用于患者能随意活动者；被动导引，是指医者或家属帮助患者进行导引活动，适用于患者无法随意活动的情况。但不论是主动的、还是被动的，形体的姿势动作都必须配合意念活动，是在放松身心、集中意念的前提下进行各种活动。当然，如能再配合呼吸，疗效就更好。

与头皮针相配合的导引，主要有二个方面，一是躯干肢体导引，二是头面诸窍导引。躯干肢体的导引，有举手、抬肩、伸臂、扩胸、转腰、跺足、伸腿、站立、行走、下蹲等动作。其不同于一般肢体活动之处，在于必须使患者在心平气和、全身放松的情况下进行。同时，要求医生加以指导，如能应用外气发放或以意领气等方法则更好。这种方法，可根据患者具体症状而选择应用，但必须注意活动量大小适度。它适用于各种肢体运动、感觉、营养功能障碍的患者，特别对瘫痪、疼痛、麻木等症状有效。头面诸窍的导引，有转动头颈、转舌体、咽唾液、捏鼻、转动眼球、按耳窍（一按一放）等，适用于头面诸窍的相关病症。患者易于掌握，可以在行针和留针时用，也可在停止针治后继续练习，以巩固疗效。

四、禁忌与注意事项

（一）禁忌

头皮针疗法的禁忌有三：第一，小儿囟门未合时，头顶部位的治疗区不能针刺。不能配合的小儿患者，不宜留针。第二，头颅手术部位，不宜针刺。头皮有瘢痕、肿瘤部位、不宜针刺。第三，头皮有感染、溃疡和创伤者，不宜针刺。

（二）注意事项

在应用头皮针治疗前，要向病人做好解释工作。头皮针只是针入头皮内、颅骨外，绝不会刺入大脑，不会造成任何危险。一定要解除病人不必要的思想顾虑和紧张情绪。此外，还要注意以下几点：

1. 头皮针疗法一般不会出现意外。但一些患者因体质过度虚弱、过于饥饿、疲劳、精神高度紧张和有恐惧心理，或因剧烈的疼痛刺激，偶尔也可出现晕针现象，但症状一般较轻，主要为头晕、眼花、恶心、面色发白等；严重者可出现血压下降、四肢厥冷、脉微欲绝等。处理方法。轻者让病人平卧，把针退出少许即可，重者可在神庭穴向下刺，前顶

穴向后刺，行进气法，即可逐渐恢复，一般不需抗休克治疗。

2. 在留针时，若患者感觉头皮板滞不适、疼痛，甚而牵连至面部等，应将针体作适当调整，一般只需将针稍微提出一点，即能解除。

3. 妊娠妇女，要避免强刺激和做强度较大的运动，以免引起流产。

4. 有脑出血病史者，须在治疗前检查血压和全身情况，判定近期内无再次发作危险，才能使用头皮针，但手法不可过重，配合活动时亦不可过量。

五、适应症

通过临床实践证明，头皮针疗法具有传统针灸疗法相同的作用。其适应范围，包括呼吸系统、运动系统、神经精神系统、泌尿生殖系统、消化系统、心血管系统、免疫系统及外科、妇产科、儿科、五官科、骨伤科等200余种病症，对脑血管意外所致的偏瘫、急性痛症及某些危急重症的抢救和治疗，尤为适宜。

六、常见病的治疗

（一）急症

1. 高热

体温在39℃以上称为高热，是临床上的一个常见症状，可见于许多疾病中。引起高热的原因众多，有外感与内伤之分。

治则：清泄邪热

主穴：神庭1区

操作：用三根毫针向下排刺，用重度抽气法，在运针时医者当气沉丹田，意守与调息相结合，并嘱患者大口吸气后憋气，尽可能时间长些，然后作胸式呼吸，使病人有微微汗出的感觉，运针时间10～15分钟。

随症应用：对于高热不退，耗伤气阴者，当配合百会1区，由前向后刺，用进气法。如高热伴有呕吐，胃脘痛者，配合双侧本神1区用重度抽气法。不及详述。

按：头皮针退热有一定的作用，但要详察病因，针对病原综合抢救治疗。

2. 神昏

神昏是指神志不清，相当于现代医学的“昏迷”，根据其病情的轻重，可分为浅度，中度和深度昏迷。昏迷可由于传染性疾病，颅脑疾患、代谢疾患、药物中毒、物理因素等多种原因引起。根据神昏伴有的全身症状，中医辨证分为于虚、实两类。

治则：实证：醒脑开窍

虚证：回阳救逆

主穴：实证：神庭1区、囟会1区（右）

虚证：百会1区

操作：神庭1区由上向下两针齐刺，囟会1区由上向下刺，均用抽气法；百会1区由前向后三针排刺，用进气法。每次运针不少于10分钟，对于症状较轻者（浅昏迷），嘱患者安静，憋气，然后作腹式深呼吸。若中，重度昏迷，须由医生按压病人口鼻，一闭一放，每次鼻孔闭合达10秒钟左右。

随症应用：神昏为多种疾病的一种临床表现，常兼有其他多种症状。如神昏伴喉中痰鸣或呕吐涎沫等，当配合本神1区和囟会2区，用抽气法以豁痰开窍。对昏迷伴牙关紧闭者，在神庭1区运针时，可按压病人下关穴，并帮助病人张口、闭口；对昏迷伴肢体抽搐

者、可配囟会区（对侧部分）和百会1区（对侧部分），同时配合肢体规律性运动。

按：神昏常见多种严重的原发病引起，头皮针的使用是为促进病人尽快苏醒，对于预后有非常重要的影响。在头皮针急救的同时，要针对原发病进行综合治疗。

3. 痉证

痉证是以项背强急、口噤、四肢抽搐、角弓反张为主症的一种病证。本证可见于现代医学的流脑、乙脑及各种原因引起的高热惊厥，以及破伤风等。

治则：清热息风止痉

主穴：神庭1区（中）、百会1区（中）、百会1区（侧部）和囟会区（侧部）

操作：神庭1区由上向下刺，百会1区由前向后刺，百会1区及囟会区的双侧向斜前方接力刺，其第1针均与百会1区中部之针呈交叉刺。用抽气法。运针时嘱病人尽量安静放松，并由旁人按压患者抽动的肢体。运针时间10～20分钟。

随症应用：伴有高热者，神庭区用三根毫针向下排刺，运针时嘱患者尽量配合憋气，有微微汗出之感为佳。对伴有神昏者，也应在患者耳边，轻轻嘱其作意念放松，并同时有节奏地按压病人腹部，以帮助其作腹式呼吸。

按：头皮针可缓解痉证的临床症状，但还应详察病因，针对原发病综合治疗。

4. 血证

血证是指血液不循常道、血溢脉外引起的出血性病症。按照出血的部位，可分为咳血、鼻衄、吐血、便血、尿血等。血证初起的实证居多，病久则因失血过多而虚证多见。

治则：调气摄血。实证兼清热泄火，虚证兼益气滋阴。

主穴：神庭1区、百会1区

操作：实证用抽气法；虚证神庭1区用抽气法，百会1区用进气法。运针时根据不同出血部位配合相应的导引吐纳。

随症应用：（1）鼻衄者，神庭1区用二根或三根毫针由上向下排刺，抽气法运针，同时嘱病人用手按揉鼻翼两侧，一按一松，反复多次。因肺热而致鼻衄者，可配囟会1区，二针齐刺抽气法。因肝、胃火盛者，应配合双侧本神1区，用抽气法。（2）咯血者，配合囟会1区（双侧）用抽气法。属肝火犯肺者，可配本神1区，抽气法，运针时嘱患者按揉胸胁部，并作咳嗽动作。属阴虚火旺者，配本神1区用抽气法，百会1区用进气法。（3）吐血属肝胃火旺者，配双侧本神1区用抽气法；属脾胃虚弱者，配囟会2区用进气法。运针时嘱患者手按胃脘部，作腹式深呼吸。（4）便血者，若属大肠湿热，则加双侧本神2区用抽气法；若属脾气虚弱，则加囟会2区用进气法。运针时令患者作提肛动作。（5）尿血者，加双侧本神2区，用抽气法，运针时令患者意念集中于尿道，即要作排尿动作，又要忍住尿意。

按：头皮针对于血证有一定疗效，以渗血及小量出血效果较好。对于出血严重者，应及时查明原因和部位，采用其他方法综合治疗。

5. 剧痛证

剧痛证是指人体不同部位出现剧烈疼痛，剧痛在人体不同部位和脏器均可发生，这里仅介绍头针治疗主要脏器的剧痛，而对于头痛、胃脘痛、腹痛、腰痛等痛证，以后有专篇介绍。

痛证的主要病机是“不通则痛”，可因寒邪内侵、热毒内郁等多种原因引起。剧痛可

出现于心绞痛、胆绞痛、急性胃炎、急性胰腺炎、急性阑尾炎、急性肠梗阻、泌尿系结石等多种疾病。

治则：理气止痛，兼以活血、疏肝、和胃、通腑、益肾等。

主穴：神庭 1 区

操作：采用上下对刺法，两针同时抽气法运针，并嘱患者尽量精神放松，作深呼吸。运针时间要在 10 分钟以上，并长时间留针。取神庭 1 区可安神定志，各种剧痛均要选用，再根据具体疼痛部位，配合其它穴位和导引。

随症应用：（1）心剧痛者，配囟会 1 区（右侧部）两针向下排刺，重度抽气法，并配合按揉叩击心前区。（2）胆剧痛者，配合左侧本神 1 区上下对刺、囟会 2 区（左侧部）针尖向下刺，均用重度抽气法，配合按揉右胁肋部。（3）胃剧痛者，配合双侧本神 1 区及囟会 2 区（中部），抽气法，并按揉胃脘部。（4）腹剧痛者，配双侧本神 2 区及百会 1 区，采用抽气法，并按揉腹部，作腹式深呼吸。（5）肾剧痛者，配合双侧本神 2 区，百会 1 区及强间 2 区（病灶对侧），均采用抽气法，并轻叩下腰部。

按：头皮针具有良好的止痛效果，并且不会掩盖患者的其它阳性体征。由于剧痛患者常伴有其它全身表现，要随时注意病情变化，必要时采用其它治疗方法。

（二）各科常见病证

1．感冒

感冒有“伤风感冒”和“时行感冒”之别。主症为恶寒发热，鼻塞流涕，四肢困重、咽痛咳嗽、咯痰、脉浮等。可分为风寒、风热、暑湿等证型。相当于现代医学的“上呼吸道感染”和“流行性感冒”。

治则：疏风解表

主穴：神庭 2 区（中）、囟会 1 区（双侧部）

操作：三针均由后向前针刺，用抽气法。运针时嘱患者以鼻呼吸、作吞咽、咳嗽动作，并作胸式深呼吸、憋气，以令其发汗，留针 12 小时以上，间歇运针 2～3 次。

2．咳嗽

咳指肺气上逆作声，嗽指咯吐痰液。咳嗽有外感、内伤之分，中医辨证外感咳嗽包括风寒证、风热证，内伤咳嗽包括痰湿证、肝火证等。

现代医学的急、慢性支气管炎、支气管扩张、上呼吸道感染等出现咳嗽，均可参照治疗。

治则：外感：疏散外邪、清理肺气

内伤：理气化肺，配合健脾、清肝、滋肾等

主穴：神庭 2 区（中）、囟会 1 区（两侧部）

操作：三针均由后向前刺，囟会 1 区为二针排刺，均用抽气法。在运针时嘱患者手按胸部，作胸式呼吸，憋气并作咳嗽动作。

随症应用：若咳嗽痰多，证属痰湿内阻者，配囟会 2 区，用抽气法；若痰少质粘、咳引胸胁、属肝火犯肺者，配囟会 2 区（左侧），用抽气法；咳嗽日久，痰中带血丝，伴潮热盗汗、属肺痨者，可配百会 1 区三针排刺，用进气法，双侧本神 1 区，用抽气法。头皮针治疗可以缓解肺痨之症状。

3．哮喘

哮指喉中有痰鸣音，喘指呼吸困难而急促，两者相兼，名为“哮喘”。本病具有反复发作的特点，常在气候急剧变化时发病较多。中医辨证哮喘有虚实之分，实证主要有寒饮伏肺、痰热遏肺；虚证可兼见肺、脾、肾的亏虚。

现代医学的支气管哮喘、慢性支气管炎急性发作，肺气肿及充血性心力衰竭，过敏性哮喘等均可参照治疗。

治则：实证：散寒（或清热）平喘

虚证：扶正培本、化痰平喘

主穴：神庭2区、囟会1区

操作：神庭2区中间及两侧共用三针由上向下排刺，囟会1区两侧部二针向下齐刺，均用抽气法。运针时嘱患者作胸式深呼吸，憋气时间尽可能长些，并可作抬肩动作。运针时间10～20分钟。

随症应用：如伴咳嗽者，运针时令患者作咳嗽动作，然后作腹式深呼吸。痰多者，可配囟会2区由上向下刺，以健脾化痰。癔病及肝郁气逆所致哮喘者，可配左侧本神1区或囟会2区，用抽气法。

如属虚证哮喘，需配百会1区或双侧本神2区，用进气法运针，同时嘱病人手按下腹部，作腹式深呼吸，以补肾纳气平喘。如动作喘甚者，应令病人加大运动量以诱发喘息，然后运针加强手法刺激。

4. 胃脘痛

胃脘痛是指疼痛在上腹部心窝附近部位。本病有虚实之分。实证多属寒邪、热邪或肝气犯胃；虚证以脾胃虚寒多见。

本病常见于急慢性胃炎、胃或十二指肠溃疡、胃神经官能症等。

治则：实证：理气和胃，兼散寒或清热或疏肝

虚证：补脾健胃

主穴：囟会2区、本神1区

操作：双侧本神1区，针尖由上向下，用抽气法。囟会2区，实证者上下对刺用抽气法，虚证者两针由上向下齐刺用进气法。运针时间10分钟左右，同时嘱患者手按压胃脘部、并作腹式深呼吸，尽量憋气。

随症应用：若胃痛牵及后背，可配强间1区，并按压背部，嘱患者深吸气以挺直胸背部。

5. 胁痛

胁痛指一侧或两侧胁肋部的疼痛。可由于肝气郁结、湿热内蕴或跌仆损伤等所致，以实证为主。虚证多属久病阴血亏损。

本病可见于急慢性肝炎、胆囊炎、胆石症、胸膜炎、胁肋外伤及肋间神经痛等。

治则：疏肝利胆，通络止痛

主穴：本神1区、囟会2区

操作：取病灶对侧之本神1区，囟会2区亦取病灶的对侧部分。如肝胆疾患引起的右侧胁痛，取左侧之本神1区和囟会2区之左侧部分。对于胁痛实证用抽气法，若胁部隐隐作痛属阴血亏虚者，用进气法。运针时嘱患者手按胁痛部位（最好找到压痛点），憋气，然后作胸式呼吸，让病人意想疼痛部位或作意守丹田。

随症应用：如疼痛较为剧烈者，本神1区可两针对刺，同时运针，行抽气法。对于患者因疼痛而烦躁不安者，可配合神庭1区安神定志。对于阴血不足之胁痛，还可配合百会1区用进气法，以滋水涵木。

6．腹痛

腹痛是指胃脘以下、耻骨以上的部位疼痛。多由于气滞、血瘀、积滞等引起的实证，也有脾肾阳虚之虚性腹痛。

可引起腹痛的疾病众多，常见于：急慢性肠炎、肠痉挛、腹膜炎、泌尿系结石、妇科疾病等。

治则：实证：理气、行瘀、导滞

虚证：温补脾肾

主穴：本神2区、百会1区

操作：实证用抽气法，运针10～20分钟。虚证用进气法，运针时间可稍短。运针同时嘱病人手按腹痛部位，憋气，作腹式深呼吸。长时间留针，间歇运针。

随症应用：若急性阑尾炎引起右下腹痛，取左侧本神2区采用上下对刺，百会1区取左侧部由后向前刺。若肠炎，肠痉挛等引起弥漫性腹痛者，取双侧本神2区，上下对刺，百会1区由后向前三针排刺。若泌尿系结石引起腹痛连及腰部者，配合强间区，采用抽气法运针并叩打腰部。急性膀胱疾患引起小腹痛牵及会阴者，取百会1区运针时，嘱患者手按会阴部作腹式深呼吸。

按：头皮针治疗腹痛有明显的止痛效果，且可以治疗某些原发病，如急性肠炎、急性阑尾炎、肠痉挛等；对于较为严重的急腹症需要手术治疗者，术前采用头皮针既可缓解疼痛，又不会掩盖阳性体征，而且可以减轻炎性渗出、组织粘连等，给手术带来方便。

7．腹泻

腹泻主要症状为大便次数增多、粪质稀薄甚至如水样。本证可分为急、慢性两类、前者因感受外邪或饮食所伤，实证居多；后者因脾胃虚弱、肝木侮土或肾阳式微，以虚证居多。

腹泻常见于急慢性肠炎、消化不良、肠功能紊乱、结肠过敏等疾病。

治则：急性：调整胃肠气机

慢性：健脾、疏肝、温肾

主穴：囟会2区、本神1区

操作：囟会2区以二针向前齐刺，双侧本神1区均由后向前刺，以抽气法为主，运针时嘱病人手按腹部并作提肛动作，然后作腹式深呼吸。

随症应用：对于大便稀薄夹不消化食物、面色萎黄等，证属脾虚者，囟会2区可用平补平泻法或先抽气后进气法。对腹泻与精神因素有关，泄泻不爽，证属肝郁者，左侧本神1区当用重度抽气法，囟会2区可平补平泻或轻度抽气法。对于五更泻，证属肾虚者，要配合百会1区，二针齐刺或三针排刺用进气法。对腹泻伴外感症状者，可配囟会1区用抽气法运针，嘱患者作胸式深呼吸，尽可能憋气，以助其发汗散邪。

8．胸痹

胸痹指胸膺疼痛，轻者仅感胸闷如塞，重者胸痛如绞，并有短气、喘息等症。胸痹可由虚寒、痰湿、瘀血阻痹胸阳所致。

本病多见于慢性心肺疾病，如冠心病、慢性支气管炎、肺气肿等。

治则：散寒、化浊、行瘀

主穴：神庭1区、囟会1区

操作：取神庭1区中部一针，囟会1区取病灶对侧部。采用抽气法，运针时嘱患者憋气，手按压疼痛部位，然后作胸式深呼吸。运针时间5～15分钟。

随症应用：对心绞痛者，囟会1区右侧部采用前后对刺，用抽气法，开始时宜用重度手法，运针时按摩或轻叩心前区，运针时间要在10分钟以上，待疼痛缓解，可用较轻手法运针，并要久留针，且要采取综合治疗方法。若胸痛彻背者，配合强间1区（疼痛对侧部），针尖与囟会1区之针尖相向，属于前后对刺法。采用抽气法运针，同时轻轻叩击背部。

9．心悸

心悸又名惊悸，以心中悸动、胸闷心慌、善惊易恐为主症。本病有虚实之分，虚证多为气虚或血虚；实证多为痰火和血瘀。

心悸常出现于各种心脏病及神经官能症等。头皮针对于精神因素等引起的功能性心悸有较好疗效，对某些器质性疾病所致的心悸也有一定效果。

治则：虚证：补益气血、安神定悸

　　　实证：清火化痰或活血强心

主穴：神庭1区、囟会1区

操作：神庭1区取中部，囟会1区取右侧部。针尖由上向下，虚证用进气法，实证用抽气法。运针时嘱患者手按心前区，精神放松，并吸气憋气，然后作胸式呼吸。

随症应用：心悸伴眩晕重者，加百会1区，伴胸脘痞满、恶心欲吐，属痰浊内阻者，加囟会2区，抽气法；若与精神因素、劳累相关，属心神经官能症者，可配百会1区用进气法，右侧本神1区用抽气法，并作心理治疗。

10．不寐

不寐，又称失眠，轻者不易入睡或入睡不难但易于觉醒，重者彻夜不眠。中医辨证可分为心脾两虚、阴虚火旺、胃腑不和及肝火上扰等证型。

若由于环境不适或情绪波动等引起失眠者不属于病理范围。若由于发热、咳喘、疼痛等引起失眠、需着重处理原发病。本病常见于神经衰弱、贫血等。

治则：虚证：补益气血或滋阴降火

　　　实证：化痰和胃或平肝降火

主穴：神庭1区、本神1区

操作：取神庭1区中部、双侧本神1区，针尖向下，患者摒气时进针，用抽气法运针，运针时嘱患者意守丹田，作腹式深呼吸。

随症应用：伴心中懊侬、脘痞等属胃腑不和者，配囟会2区用抽气法；伴头晕、烦躁易怒属肝火上扰者，配囟会2区左侧部用抽气法，左侧本神1区用重度抽气法；伴心悸、多梦健忘等属心脾两虚者，囟会1区及囟会2区用进气法；伴五心烦热、口干咽燥等属阴虚火旺者，加百会1区用进气法。对于神经衰弱之失眠宜长留针、间歇行针，并需配合心理疏导。

11．眩晕

眩晕指病人自觉头昏眼花，自身或周围景物旋转翻覆、站立不稳，甚至跌仆，可伴有恶心，呕吐、出汗等症。中医辨证可分为肝阳上亢、痰湿中阻之实证和气血亏虚、肾精亏乏之虚证。

高血压、动脉硬化、美尼尔氏综合征、贫血、神经衰弱等均可见眩晕。

治则：实证：平肝潜阳、化痰

虚证：补益气血、益肾

主穴：神庭1区、百会1区、率谷2区

操作：神庭1区中部针尖向前刺、百会1区中部针尖向后刺，实证用抽气法，虚证用进气法。双侧率谷2区由前向后刺，用抽气法。每次运针不少于5分钟，运针时可让患者闭目，同时大口吸气，憋气。若耳鸣者，可作气鼓两耳动作，然后深呼吸。宜长留针、间歇行针。

随症应用：若属肝阳上亢或痰浊中阻者，应配本神1区或囟会2区，用抽气法。高血压患者，运针时嘱其闭目、安静，意守丹田，作腹式深呼吸。眩晕属气血亏虚者，配本神1区或囟会2区，用进气法。眩晕属肾精亏虚者，配本神2区或强间2区，用进气法。

12. 头痛

头痛是临床常见的一个症状，可发生于多种急慢性疾病中。有外感，内伤之分，外感多属实，内伤又有虚实之分。头皮针治疗头痛有较好的疗效，但须注意与颅脑实质性疾病相鉴别，以便及时治疗原发病。

治则：以疏通经气为主

主穴：神庭1区，百会1区

操作：神庭1区针尖向前，百会1区针尖向后。以抽气法为主，运针时嘱患者憋气、然后深呼吸，并按压头部疼痛部位。

随症应用：外感头痛，在神庭1区用三根毫针由上向下排刺，在抽气法运针时，嘱患者憋气，然后胸式深呼吸，使病人有微微汗出的感觉，偏头痛（包括血管性头痛、三叉神经额支疼痛等），可配合本神区上下对刺，重度抽气法；头顶痛，百会1区抽气法运针时间要相对延长（20～30分钟），并要病人憋气，然后作腹式深呼吸；后枕痛，可配强间1区，二针由上向下齐刺，用抽气法；头痛与情绪紧张有关、伴眩晕烦躁等症者，属肝阳上亢，可配本神1区或囟会2区，用抽气法；伴有脘痞呕恶等属痰浊中阻者，配囟会2区用抽气法，并嘱患者腹式深呼吸、按揉胃脘部；头痛由久病、失血等所致，为绵绵作痛，伴头昏乏力者，属脉络失养，神庭1区可用平补平泻法，百会1区用进气法，并可配囟会2区用进气法。

13. 痫证

痫证又称癫痫，癫指僵仆抽风，痫指间歇发作。以短暂的感觉障碍，肢体抽搐、意识丧失、全身肌肉强直、口吐涎沫等为典型表现。本病多为虚实夹杂，肝肾不足，肝风内扰、痰浊上逆蒙蔽清窍。

癫痫，现代医学有原发性和继发性之分。前者可能与遗传等因素有关，常无明显病因可查。后者由其它疾病引起，应重视原发病的治疗。对于癫痫持续发作等重症病例，必须综合治疗。

治则：熄风化痰、定惊宁神

主穴：神庭1区、囟会2区

操作：神庭1区中部一针，囟会2区两侧部两针，均针尖向前，采用重度抽气法。

随症应用：在发作间期，或对病程较久、发作频繁而抽搐减弱者，配百会1区，针尖向后用进气法。对于四肢抽搐、全身肌肉强直者，可配合百会1区及囟会2区的侧部采用接力刺，或配合强间区等，用抽气法，配合按压抽动的肢体，轻轻揉按助其放松。

14．中风

本病多发于中老年人，发病急骤、变证多端。常有头晕、肢麻、疲乏等先兆症状，发病时以半身不遂。口㖞、舌强、语蹇、甚则突然昏仆、不省人事为主证。中医辨证有中经络、中脏腑之分。

本病多见于现代医学的脑血管疾病，包括脑出血，脑梗塞（脑血栓形成或脑栓塞）、脑血管痉挛等及其后遗症。

（1）中脏腑：病情急重，症见突然昏仆、神志不清、半身不遂、口㖞流涎、舌强不语等。可分为闭证和脱证。闭证多见牙关紧闭、喉中痰鸣、两手握固等；脱证见目合口张、手撤、二便失禁等。中脏腑主要为脑血管病急性期的重症患者。

治则：闭证：醒脑开窍

脱证：回阳固脱

主穴：神庭1区、百会1区、本神1区

操作：本期以抢救生命为先，当以综合方法治疗。尽早配合头皮针，可以促进病人尽早苏醒，对于生命的挽救及减轻后遗症都有重要意义。但对于出血性中风，头针操作过程中切忌搬动患者头部。神庭1区中部针尖向下，百会1区中部针尖向后，本神1区以左侧为主，针尖向下。闭证者之穴均用重度抽气法；脱证者，百会1区三针排刺用进气法。运针时间要在10分钟以上，并长时间留针，对于神志不清病人可隔半小时重复运针一次。

（2）中经络：病情较轻，症见神志尚清，半身不遂、麻木不仁、口眼歪斜、舌强语涩等。本型包括脑血管病急性期的轻型患者及脑血管病后遗症患者。

治则：疏通经络、调和气血

主穴：神庭区、百会1区、百会1区及囟会2区的侧部

操作：神庭区中部针尖向下，百会1区中部针尖朝后。百会1区和囟会2区的侧部均为偏瘫肢体的对侧，分别主治对侧下肢和上肢的运动及感觉功能障碍，根据具体病情，选穴有所侧重。百会1区侧部第一针须与它的中部一针行交叉刺，百会1区和囟会2区侧部之四针向斜前方呈接力刺，均行抽气法运针，时间在10分钟以上，根据病情轻重，运针手法有轻重之别。需要长时间留针（数小时至24小时以上）留针期间可间歇运针3～5次。

随症应用：①对于舌强语涩者，在神庭区运针时让患者发“啊”音并作语言训练。②对伴有口角歪斜者，在神庭区运针时，让患者本人或他人帮助进行面部揉按，以利气至病所。③以偏瘫为主者，在百会1区和囟会2区的侧部运针时，让病人尽力进行相应肢体的主动活动，对无法自主运动时，由他人帮助进行肢体被动活动。留针期间，也应让病人多作功能锻炼，每天活动时间不少于4小时。④以肢体麻木疼痛为主者，在相应穴区抽气法运针时，嘱患者憋气，然后腹式深呼吸，意想气至病所，并作患肢的按摩。⑤对于腰背无力、不能坐直者，应配合强间1区或2区，针尖向下，抽气法运针，同时在其腰背部轻轻

叩打或按揉。

按：针灸治疗中风早已广泛应用，经大量临床验证，头皮针明显优于体针。它将头部穴区、针刺手法和导引吐纳有机结合，充分调动患者的主观能动性，常可获立竿见影之效。

15．淋证

凡小便频数、短涩淋沥、尿道小腹刺痛或胀痛者，称为淋证。有热淋、血淋、石淋、气淋以及膏淋五种证型。

本证可见于急慢性尿路感染、结石、结核、急慢性前列腺炎等病。

治则：疏利膀胱气机、利尿定痛

主穴：本神2区、百会1区

操作：取双侧本神2区针尖向下，百会1区二针齐刺或三针排刺针尖向后。以抽气法为主，运针时嘱患者手按少腹、憋气、然后作腹式深呼吸，并让病人作排尿动作，但要忍住尿意。

随症应用：对日久不愈者，百会1区中部一针用进气法以补肾益气。对于泌尿系结石并有腰部放射痛者，可配合强间2区，上下对刺重用抽气法，并作腰部轻轻叩击。

16．癃闭

癃闭又称小便不通。癃指小便潴留膀胱，小腹充盈隆起；闭指膀胱气机闭塞。本证有虚实之分。

本病相当于各种原因所致的尿潴留。

治测：清热行气或温肾益气

主穴：百会1区

操作：百会1区三根针由前向后排刺，实证重用抽气法；虚证三针的中间一针用进气法，旁边二针用抽气法，以补虚泻实。运针时嘱患者手按下腹部，作腹式深呼吸，意念尿液排出。

随症应用：癃闭实证可配合双侧本神2区，重用抽气法。虚证配囟会2区，用进气法。

17．腰痛

腰痛是指腰部的正中、一侧或两侧发生疼痛，并使腰部活动受限。临床极为常见，引起腰痛的原因众多，主要有寒湿、瘀血、肾亏等。

本证可见于腰部软组织损伤、肌肉风湿、脊柱病变等。内脏病变引起腰痛，如泌尿系结石等，当以治疗原发病为主。

治则：疏通经络为主，配合祛风除湿、补肾益气等

主穴：强间2区

操作：针尖由上向下，一侧腰痛者取强间区对侧部；腰部正中痛者，取强间区中部或三针齐刺；腰部两侧痛者，取强间区两侧部排刺。寒湿、外伤等引起的实证腰痛，用抽气法，肾虚腰痛为进气法。运针时，嘱患者作腰部活动，越是活动受限的姿式越要作强迫运动，幅度渐渐加大，并在腰痛部位进行揉按或叩击。长时间留针，留针期间也要不断活动腰部。

随症应用：肾亏腰痛，伴酸软无力者，配合百会1区，针尖向后二针排刺用进气法。

若腰痛伴有下肢疼痛，如坐骨神经痛等，当配合百会1区之侧部接力刺，用抽气法运针，配合相应导引吐纳。

18. 痹证

凡外邪侵入肢体的经络、肌肉、关节，而致气血运行不畅，出现疼痛、肿大、重胀或麻木等症，甚至影响肢体运动功能者，称为痹证。由于感受风寒、湿邪的偏重，临床症状不同，而有行痹、着痹、痛痹、热痹之分。

本证可包括风湿热、风湿性关节炎、肌纤维织炎及坐骨神经痛等。

治则：疏通经络，祛风散寒除湿或清热

主穴：百会1区的侧部或囟会2区侧部

操作：根据患病部位而具体选穴，若下肢病痛为主者，选用百会1区的对侧部；以上肢病痛为主者，选用囟会2区的对侧部。以抽气法为主，痛甚者用对刺法，在运针时嘱病人活动患部，或加以叩打，揉按等。

随症应用：根据风、寒、湿痹的偏重，加以配穴。风痹或湿痹为主者，可配囟会2区的中部用抽气法；寒痹为主者，配合百会1区的中部用进气法。对于坐骨神经痛者，百会1区对侧部的针尖方向偏向通天穴，用抽气法，运针时间10分钟以上，运针时嘱患者憋气，意想气至患肢，并叩打或按揉疼痛部位。留针24小时，间歇运针，有明显的止痛效果。

按：头皮针对风湿性关节炎有较好的疗效，早期治疗配合适当锻炼，预后尚好，一般能恢复或基本恢复病变关节的活动功能。但本病为慢性，顽固性疾患，对于晚期患者只能控制病情发展或减轻症状，病变关节功能很难恢复。一般为隔日一次，十次为一疗程，要坚持数个疗程治疗。

19. 落枕

落枕指急性单纯性颈项强痛、活动受限的一种病证，又称颈部伤筋。主要见于颈肌痉挛、扭伤、感受风寒等。

颈肌劳损、颈项纤维织炎、颈肌风湿、枕后神经痛、颈椎肥大等引起的类似落枕症状，均可参照治疗。

治则：疏经通络

主穴：百会2区

操作：取百会2区的侧部，与疼痛颈部同一侧。可采用二针排刺，针尖向后，用抽气法，运针时嘱患者向各个方向活动颈部，特别是活动受限的方向，要渐渐加大活动幅度，并用手在紧张疼痛的筋肉部位揉按。头皮针对落枕常可收到即刻的较好疗效。

20. 漏肩风

漏肩风又称“肩凝症”、“五十肩”，以单侧或双侧肩关节酸重疼痛、运动受限为主证。相当于现代医学的“肩关节周围炎”。

治则：祛风散寒，化湿通络

主穴：百会2区、囟会2区

操作：百会2区取病痛的对侧部，由百会穴向络却穴方向透刺；囟会2区取对侧向斜前方针刺，可采用对刺或交叉刺，用抽气法。运针时，对肩周炎初期以疼痛为主者，配合肩部按揉推拿，以舒筋止痛；对晚期以关节僵硬为主者，配合扳、拔伸等关节被动活动，

以松解粘连，并且要加强肩关节活动受限方向的运动。留针时间较长，其间要求患者加强肩部功能锻炼。

21．扭伤

扭伤是指四肢关节或躯体的软组织损伤，如肌肉、肌腱、韧带等扭伤，而无骨折、脱臼皮肉破损等表现。主要症状为受伤部位肿胀疼痛、关节活动障碍等。扭伤常发生于颈、肩、肘、腕、腰、膝、踝等关节部位。

治则：疏通经络、消肿止痛

主穴：囟会2区、百会1区、强间区等

操作：主要针对受伤部位而确定选穴。如踝关节扭伤者，取百会1区，中间一针向后刺，对侧一针向斜前方刺，二针交叉。如腕关节扭伤者，取囟会2区对侧，二针向斜前方呈交叉刺。均采用抽气法运针，同时作局部按揉，嘱患者主动活动扭伤的部位，逐渐增大关节活动度，以有利于气至病所。

22．截瘫

截瘫多表现为躯体一定平面以下的感觉和运动功能障碍，常见躯体麻木不仁，大小便失禁、双下肢瘫痪等。

可引起截瘫的原因众多，有外伤、脊髓病变、脊柱病变等。根据其功能障碍的程度，分为暂时性、不完全性和完全性三种；根据脊髓损伤平面的高低，可分为高位和低位两种。

治则：疏利经络，行气活血

主穴：百会1区中部及侧部、强间2区等

操作：根据截瘫平面的高低而灵活取穴。百会1区中部一针由前向后刺，用进气法。百会1区的双侧部均向斜前方二针接力刺，侧部的第一针与中部之针呈三针交叉刺。强间2针尖向下排刺，均行抽气法。运针时嘱患者憋气，意想气至病所，并由他人帮助活动瘫痪部位。运针时间10～20分钟，留针12小时以上。留针期间让患者逐步练习坐立，搀扶站立及练习迈步等锻炼。隔日针一次，10次为一疗程，休息二周行下一疗程。一般须坚持数个疗程。

23．痛经

妇女在行经前后或行经期间，出现小腹及腰部疼痛，随月经周期而发作，称为痛经。本病主要是由气血运行不畅所致，可分为寒湿凝滞、肝郁气滞、肝肾亏损等。

现代医学的子宫过度前倾或后倾、子宫颈管狭窄、子宫内膜增厚、盆腔炎、子宫内膜异位等引起的痛经，均可参照治疗。

治则：调经止痛，兼散寒、理气或补肾

主穴：本神2区，百会1区

操作：本神2区取双侧，针尖向下，百会1区两针向后排刺。实证用抽气法，对肝肾亏损者用进气法或平补平泻法。运针时，嘱患者深吸气，憋气，然后作腹式深呼吸，意念集中于下腹部，并用手在疼痛部位轻轻按揉。

随症应用：对于痛经，胀甚于痛、经行不畅兼胸胁乳房胀痛者，属肝郁气滞，配合双侧本神1区，用重度抽气法。对于腹痛牵及腰骶部者，配合强间2区，用抽气法。头皮针对于痛经疗效较好，但应坚持治疗数个月经周期，以资巩固。

24．崩漏

崩是指子宫出血量多，来势急骤；漏是指出血量少、淋漓不绝，二者常相互转化，故崩漏并称。引起崩漏原因众多，由血热、气郁、血瘀而致者为实，由气虚、血虚、阴虚而致者为虚。

崩漏包括功能性子宫出血或其它原因引起的子宫异常出血。

治则：调理冲任止血

主穴：神庭1区、百会1区、本神2区、囟会2区

操作：神庭1区和百会1区均取中部，本神区取双侧，囟会2区二针向前呈排刺。实证均用抽气法，虚证者神庭1区及本神2区用抽气法，百会1区和囟会2区用进气法。治疗时须让患者呈仰卧体位，尽量安定情绪，作腹式深呼吸，运针时嘱其用手轻轻揉按小腹部，同时令其作小腹交替收缩和放松。

25．绝经前后诸症

妇女在49岁左右，月经开始终止，在绝经期前后，有些妇女可出现经行紊乱、头晕、心悸、烦躁、出汗、情志异常等症状，即为本病。其主要病机在于肾气渐衰、冲任亏虚，并可引起肝阳上亢等。

本证类似妇女更年期综合征。

治则：疏肝、益肾

主穴：神庭1区、百会1区、本神区

操作：百会1区中部针尖向后，用进气法以补肾益气；神庭1区中部针尖向前，双侧本神1区和2区针尖向前，均用抽气法，以宁神疏肝。运针时嘱患者情绪安定，用腹式深呼吸，意守丹田。

随症应用：伴有神疲纳呆腹胀等脾胃虚弱者，配囟会2区用平补平泻法；伴有形体肥胖、胸闷咯痰等症者属痰气郁结，配囟会2区双侧用抽气法。本病变证丛生，当灵活选穴。

26．小儿麻痹症

本病属于“痿证”范畴，是感受时邪疫毒而引起的一种传染性疾病，临床表现早期类似感冒，继而出现肢体瘫痪，一般以单侧下肢为多见，后期可见肌肉萎缩、关节畸形。本病多发生于1～5岁幼儿，相当于小儿脊髓前角灰质炎。

治则：调理气血，补益肝肾

主穴：百会1区

操作：小儿头皮针的操作要较成人刺激量小，采用34号毫针。百会1区中部一针向后，用进气法：百会1区的患肢对侧部，二针向斜前方接力刺，采用抽气法。运针时对小儿患肢进行活动和揉按，留针2小时，留针期间，要多加强功能锻炼。对于年龄很小或激烈抗拒治疗的小儿，无法留针，可在治疗区进行点刺，但其效果较留针者稍逊。

随症应用：对于伴有上肢瘫痪者；可配用囟会2区的病变对侧部；对于晚期肌肉萎缩明显者，可配合囟会2区，用进气法。

27．目赤肿痛

目赤肿痛是多种眼科疾病中的一个急性症状，以目睛红赤、畏光、流泪、目涩难开等为主症。可见于流行性结膜炎、角膜炎等多种疾患。

治则：清泄风热、消肿定痛

主穴：百会1区、本神1区、强间2区

操作：百会1区中部针尖向后，双侧本神1区针尖向前、强间2区双侧部针尖向下，均采用重度抽气法，以清泄肝胆之热。运针时嘱患者闭目，作眼球转动，并可用手轻轻按揉眼睑。

28. 近视

近视是屈光不正的一种眼病，外观眼部一般无明显异常，只是病人对远距离物体的辨认发生困难，视力减退。

治则：补益肝肾、明目

主穴：神庭1区、百会1区、强间2区

操作：百会1区中部针尖向后，用进气法；神庭1区中部针尖向前，强间2区两侧部针尖向下，均用抽气法。运针时嘱患者闭目，用两手劳宫穴轻按双目，眼球上、下、左、右慢慢转动，然后睁开双眼，尽力向远处看望，再轻轻闭目，重复以上操作多次。头皮针对近视有一定的疗效，但须坚持较长时间。

29. 耳鸣耳聋

耳鸣是自觉耳内鸣响，耳聋是指听力减退或听觉丧失。耳鸣常常是耳聋的先兆。本病有虚实之分，实证为肝胆火旺或痰热郁结，虚证为肾精亏损。

耳鸣耳聋可由癔病、神经病变、中耳炎、内耳病变、药物中毒等多种原因引起。

治则：实证：清肝泻火，豁痰开窍

虚证：补益肾精

主穴：实证：率谷1区、本神1区

虚证：率谷1区、百会1区

操作：率谷1区取病侧，本神1区取双侧，百会1区取中部。实证用抽气法，虚证为进气法。运针时嘱病人吸气闭息，捏鼻，气鼓两耳，反复多次。

按：头皮针对癔病性、神经性、中耳炎等引起的耳鸣耳聋效果较好，尤以暴聋疗效最佳，而对内耳病变以及药物中毒引起者疗效较差。

30. 咽喉肿痛

咽喉肿痛是临床常见症状之一。多为风热犯肺或胃火上炎之实证，亦有肾阴不足，虚火上炎者。

治则：疏风、清热、利咽

主穴：神庭2区

操作：针尖由上向下刺，若咽喉痛甚者可用上下对刺法，用抽气法，运针时嘱病人用手轻轻揉按咽喉气管部位，并作吞咽动作。

随症应用：伴有外感症状，属风热犯肺者，配囟会1区，取双侧部用抽气法；伴口渴、口臭、便结等属胃火上炎者，配囟会2区之中部或双侧本神1区，用抽气法；对咽喉稍红肿疼痛较轻，伴五心烦热等属虚火上炎者，配百会1区中部，用平补平泻法。

七、头皮针各流派的比较

（一）头皮针的源流及朱——周氏头皮针疗法的形成

头皮针，又称“头穴透刺疗法”，是以针刺头部发盖区内的一些刺激区，来治疗全身

疾病的一种针刺疗法，属于微经穴诊疗系统范畴。

头为“精明之府”，是气血汇聚之处，中医学认为“五脏六腑之精气皆上注于头面”，针刺头皮上的特定部位，可起到运行气血、调和阴阳、疏通经络、扶正祛邪等作用。

中国头皮针的起源，可追溯到针灸疗法的起源时代。《灵枢·经脉》记载：“膀胱足太阳之脉……上额交巅……从巅至耳上角……胆足少阳之脉……上抵头角，下耳后，胃足阳明之脉……循发际至额颅，三焦手少阳之脉……系耳后，直上出耳上角，肝足厥阴之脉……上出额与督脉会于巅。”《灵枢·经筋》记载：“足太阳之筋，结于枕骨；手阳明之筋……上左角，络头，下右颔。”《灵枢·经别》记载：“手少阳之正，指天，别于巅。”十二皮部的足太阳膀胱经皮部、足少阳胆经皮部、手少阳三焦经皮部、足阳明胃经皮部等皆包括有发头皮部位；十五络脉的足阳明经之络穴丰隆穴“上络于头项合诸阳之气”，督脉之络长强穴“沿脊，上项散头上”；奇经八脉的“督脉者上至风府入属于脑”，“阳跷脉者……入风池”，“阳维脉经耳后循侧头，经本神至阳白后还循侧头沿胆经至风池”等。以上充分显示头皮部位是经脉循行、腧穴分布之处，也是人体经络脏腑之气聚集和出入于体表之处，针刺这些部位的腧穴，可以达到治病的目的。因此针灸疗法的起源时代，其实也就是头皮针的起源时代。

头皮针作为针灸疗法中自成体系的一门新兴学科，则始于本世纪50年代后期至70年代初。陕西、山西、上海等地的针灸工作者，相继对头部某些传统腧穴和根据大脑皮层功能投影部位确定的某些穴区进行探索，发现针刺头部某些特定穴位对一些脑源性和全身性疾病有特殊疗效，是头皮以外其它部位的腧穴所不及的，从而逐渐形成了专门的头皮针疗法。由于头皮针具有强大的生命力，问世之后不久，就被国内许多省市的针灸工作者所应用，并被介绍到其它国家，已成为国内外针灸医生常用方法之一。

由于头皮针是在临床实践中逐渐摸索，总结出来的一门新兴学科，自然不会有统一的模式，而是产生了风格各异的流派。其中理论体系较为完整、影响较大的主要有焦顺发氏头针、方云鹏氏头皮针、汤颂延氏头针、朱明清氏头皮针等。不同风格的头皮针流派，又进一步推动了头皮针学科的发展，为了适应国际间的头皮针疗法学术交流，中国针灸学会根据世界卫生组织亚太地区的建议，组织有关专家，经过多次研究讨论，集诸家之长，制定了《中国头皮针施术部位标准化方案》，并于1984年被世界卫生组织西太平洋地区通过，定名为《头皮针穴名国际标准化方案》。这一方案的制定，并没有妨碍头皮针各个流派的进一步研究和发展。

朱一周氏头皮针疗法，是由朱明清、周敏华、周泽新等共同研究之成果，是在朱氏头皮针的基础上发展完善而形成的。朱明清教授早年毕业于上海中医学院，自六十年代开始潜心针灸临床，教学研究，尤其在头皮针方面，吸取古人经验和现代研究成果，有所发明，有所创造，逐渐形成了一个独具特点的头皮针体系——“朱氏头皮针”。特别是在1987年“首届世界针联大会”上，朱氏进行头皮针现场操作示范，使中风病人当场站立行走，令与会专家代表拍手称绝，震惊不已。由此“朱氏头皮针”蜚声海内外，并自1989年后，相继出版了《朱氏头皮针》中文、日文、英文版，颇具影响。

周敏华博士早年毕业于香港中国国医学院和新针疗法研究所，移居美国二十多年，在美获东方医学博士学位，是在美国最早研究和推广头皮针的先驱，自70年代开始探索头皮针治疗的新方法，以中医理论结合现代医学知识及生物全息原理等，对头皮针进行深入

研究，自成体系。

朱氏与周氏的携手合作始于 1989 年，朱氏应邀赴美讲学，其后与时任加州针灸执照医师公会会长的周氏，共同在美国旧金山成立了“中国头皮针国际研究总会”，致力于中国头皮针的研究和推广。数年来，朱明清教授、周敏华博士、周泽新医师等应邀在世界各地讲学及为病患治疗，足迹遍及全美、加拿大、港台及东南亚各国，并举办了数十期中国头皮针研习班，成效卓著。学术的研究只有不断发展创新才有生命力。朱氏与周氏在数年的合作中，在大量的临床病例治疗的基础上，对“朱氏头皮针”进行不断完善，在头皮针的穴区定位，头皮针操作方法和适应证范围等方面均有所发展，使疗效更加显著，而形成了“朱－周氏头皮针疗法”体系。在 1995 年 4 月美国旧金山召开的“中国针灸——微针疗法首届国际研讨会”上正式公布，并获学术界的肯定。

（二）头皮针各流派的比较

头皮针的各个流派在理论基础、治疗区定位、主治范围、针刺操作方法及临床适应证等方面均有各自特点。作者先列一简表进行比较，以求提纲挈领。

头皮针各流派比较简表

流派	治疗区定位理论依据	主要治疗区	针刺操作特点	主要适应证
方氏头皮针	主要为大脑皮层功能定位原理，同时又体现了中医整体观念	伏卧于头部冠状缝、矢状缝、人字缝上的人体缩影“伏象”、横卧于前额发际左右两侧的人体脏象缩影“伏脏”、大脑皮质中央前回和后回的对应头皮区上的“倒象”、“倒脏”以及其它 10 个中枢	捻转手法为主	脑源性疾病、运动系统、心血管系统、内脏疾患等多种疾病
汤氏头针	中医阴阳、脏象、经络理论，中医整体观念	把人体的额部和发际的头皮区上的人体意象，分为阴阳两部分。前半部为人体仰卧的缩影，后半部为人体俯卧的缩影。	短针、多针、留针时间长（通常至 2 小时左右），不捻转提插，病人带针活动	范围广泛，包括躯体及内脏的各种疾患
焦氏头针	大脑皮质功能定位体表投影	以前后正中线和眉枕线为标志线，确定运动区、感觉区、血管舒缩区、舞蹈震颤区、晕听区、言语 2 区、言语三区、运用区、视区、平衡区、胃区、胸腔区、生殖区共 14 个治疗区	快速进针、快速捻转、快速出针（留针时间短）的“三快”针刺术	以脑源性疾患为主，以及腰腿痛、肩周炎、各种神经痛等
头皮针穴名国际标准化方案	分区定经、经上选穴，并结合透穴法原则。中医学的经络、腧穴、脏腑理论，结合大脑皮质功能定位方法	以传统经穴为定位标准，确定额中线、额旁 1 线、额旁 2 线、顶中线、顶旁 1 线、顶旁 2 线、顶颞前斜线、顶颞后斜线、颞前线、颞后线、枕上正中线、枕上旁线、枕下旁线共 14 条标准线	循经透刺，捻转手法为主	中枢神经系统疾病、精神病症、内脏疾病、痛证等
朱氏头皮针	中医阴阳、经络、脏腑理论	以督脉为中线，百会为中心点，确定额顶带、额旁带（1 带和 2 带）顶颞带、顶枕带、顶结前带、顶结后带、颞前带、颞后带共 8 条治疗带	运用独创的抽气法，进气法，配合相应的导引、吐纳方法、久留针	临床各科病证，对中风偏瘫及某些危重症的急救和治疗尤为适宜

续表

流派	治疗区定位理论依据	主要治疗区	针刺操作特点	主要适应证
朱—周氏头皮针	中医阴阳、经络、脏腑理论，结合生物全息理论	以督脉为中线，以传统经穴为治疗区中心，确定神庭区、囟会区、百会区、强间区、本神区、率谷区共6个治疗区。沿督脉构成人体的缩影，百会穴前为人体盘坐正面体象，百会穴后为人体盘坐背面体象	以朱氏头皮针操作手法为基础，在针刺角度、深度等方面有所完善	在朱氏头皮针适应证的基础上，对许多病证的疗效明显提高

在头皮针各流派特点中，以头穴治疗区的定位及主治是核心内容，以下主要就此分别介绍。

1. 方云鹏氏头皮针穴区

（1）伏象（总运动中枢）：伏象是人体缩影伏于头部冠状缝、矢状缝和人字缝之上的形象。伏象支配着全身的运动神经，可称总运动中枢。针刺伏象的相应部位，可以治疗全身疾病，尤其是对运动系统、神经系统、心血管系统疾病有效。伏象的定位，冠矢点为伏象颈椎与胸椎的交界处，人字缝尖相当于尾骨尖处，冠矢点前为颈部和头部，冠状缝为左右上肢，矢状缝为躯干，人字缝为左右下肢。

（2）伏脏（总感觉中枢）：伏脏是指人体内脏在额部相应区域呈伏状的形象。其定位是，从额正中线，沿前额发际向左右两侧，各分为上、中、下三部位，称为上焦、中焦、下焦，长度为6.5厘米，其中上焦3厘米、中焦1.5厘米、下焦2厘米，但不可绝对划分。伏脏主管全身感觉，可以治疗内脏疾患，尤其是对全身皮肤肌肉的痛觉、触觉、温度觉及紧困、麻痒等不适感有显著疗效。

（3）倒象和倒脏：倒象为运动中枢，倒脏为感觉中枢，分别为大脑皮层运动中枢和感觉中枢在头皮上的投影。

倒象和倒脏的定位，首先要确定眉顶枕线和眉耳枕线二条标志线。眉顶枕线是由眉间棘（印堂穴）经头顶矢状缝至枕外粗隆（脑户穴）的连线，成人一般平均为33厘米，同身寸为1尺2寸。眉耳枕线是由眉间棘经耳至枕外粗隆的连线，成人一般平均为26.4厘米，同身寸法为9寸6分。

从眉顶枕线中点向后1.25厘米处作一个点，从眉耳枕线中点向前1.25厘米处再向上画一直线，在其4厘米处取一个点，两点的连线即相当于中央沟。倒象的部位，是在连线前约0.75厘米处，相当于中央前回（运动中枢）在头皮上的投影。倒脏的部位，则在连线后约0.75厘米，相当于中央后回（感觉中枢）在头皮上的投影。

主治：倒象主治对侧肢体运动障碍。可将倒象分为三等分，每个等分约占3厘米，由上而下依次称为下部、中部和上部。下部主治对侧躯干和下肢运动障碍，中部主治对侧上肢运动障碍，上部主治对侧头面部运动障碍。

倒脏主治内脏疾病和对侧肢体感觉障碍。可将倒脏分为三个等分，由上而下依次为下部（下焦）、中部（中焦）和上部（上焦）。下部主治下焦病和对侧下肢感觉障碍，中部主治中焦病和对侧上肢感觉障碍，上部主治上焦病和对侧头面部感觉障碍。

（4）其他中枢

大脑皮质的其他中枢在头皮上都分别有投影部位，这些中枢包括说话（语言中枢）、

书写（书写中枢）、记忆（识字中枢）、信号（信号中枢）、运平（运动平衡中枢）、视觉（视觉中枢）、平衡（平衡中枢）、呼循（呼吸中枢与循环中枢）、听觉（听觉中枢）、嗅味（嗅觉中枢和味觉中枢）。这些中枢在头皮的投影部位，可以分别主治各中枢的病变。

2．汤颂延氏头针穴区

汤氏头针认为在人体的额部和头部发际区存在全身的缩影，以“阴阳点”为界，其前的区域为阴，意象人体仰卧于头部；其后的区域为阳，意象人体俯卧于头部。

汤氏头针各点、线、区的定位分述如下。

（1）标志点、线、面：

①前后正中线：印堂穴经头顶至枕外粗隆下缘的连线。

②前后正中内线：平行于前后正中线，距离其一个眼眶横距。

③顶耳线：阴阳点与耳屏的连线。

④眦枕线：目外眦与枕外粗隆下缘的连线，被顶耳线分为眦耳线与耳枕线。

⑤阴阳点：前后正中线的中点。

⑥阴阳内点：前后正中内线与顶耳线的交点。

⑦印堂内点：过印堂作眦耳线的平行线与前后正中内线的交点。

⑧枕外粗隆内点：眦枕线上，距枕外粗隆下缘一个眼眶横距。

⑨阴阳两面：以顶耳线为界，额面为阴，枕项为阳。

（2）阴面点、线、区：

①天突点：神庭穴。

②天突内点：天突点至枕外粗隆下缘的连线，与前后正中内线的交点。

③剑突点：天突点与阴阳内点间前⅓点。

④剑突内点：天突内点与阴阳内点间前⅓点。

⑤脐点：天突点与阴阳点间后⅓点。

⑥脐内点：天突内点与阴阳内点间后⅓点。

⑦额面区：印堂、印堂内点　天突内点与天突点组成的区域。包括10个区：顶前区、额区、颞区、眼区、耳区、鼻区、口唇区、咽喉区、面区、颈前区。

⑧上焦区：天突点，天突内点、剑突内点与剑突点组成的区域。包括3个区：肺、支气管区，心区、腋区。

⑨中焦区：剑突点、剑突内点、脐内点与脐点组成的区域。包括2个区：肝胆区、脾胃区。

⑩下焦区：脐点、脐内点、阴阳内点与阴阳点组成的区域。包括泌殖区。

⑪上肢阴区：天突内点、前后正中内线上焦区边缘段后⅓点、眦耳线前⅓点与目外眦组成的区域。包括4条有主治作用的线：肩阴线（肩阴为肩部前侧）、肘阴线（肘阴为肘部屈侧）、腕阴线（腕阴为腕部屈侧）、指掌线（指掌为手指屈侧和手掌）。

⑫下肢阴区：前后正中内线下焦区边缘段前¼点、阴阳内点、顶耳线与眦枕线的交点、眦耳线后⅓点组成的区域。包括4条有主治作用的线：股阴线（大腿内侧）、膝阴线（膝部内侧）、踝阴线（内踝部）、趾底线（足趾屈侧和足心）。

⑬三角区：以眦耳线为边长作一等边三角形，其各边中点连线再作一等边三角形，则分为上、下、前、后四个三角形。其主治功能，上三角主治牙齿、面部病变，下三角主治

精神、智能方面病变，前三角主治手指、手掌病变，后三角主治足趾、足底病变。

(3) 阳面点、线、区：

①胃脊点：前后正中线上，阴阳点至枕外粗缘下缘之间的前⅓点（胃脊指第12胸椎棘突）。

②胃脊内点：前后正中内线上，阴阳内点至枕外粗隆内点之间的前⅓点。

③大椎点：前后正中线上，阴阳点至枕外粗隆下缘之间的后⅓点。

④大椎内点：前后正中内线上，阴阳内点至枕外粗隆内点之间的后⅓点。

⑤阳关点：前后正中线上，阴阳点至胃脊点之间的中点（阳关指腰阳关穴）。

⑥阳关内点：前后正中内线上，阴阳内点至胃脊内点之间的中点。

⑦膈下点：前后正中线上，胃脊点至大椎点之间的中点。

⑧枕项区：枕外粗隆下缘、枕外粗缘内点、大椎内点与大椎点组成的区域。包括5个区：顶后区、睛明区、枕区、语智区、项后区。

⑨背区：大椎点、大椎内点、胃脊内点与胃脊点组成的区域。共中包括胸椎1～12。

⑩腰骶区：胃脊点，胃脊内点 阴阳内点与阴阳点组成的区域。包括2个区：腰区、骶区。

⑪上肢阳区：前后正中内线背区边缘段前¾点、大椎内点、耳枕线后⅓点与耳枕线中点组成的区域。包括4条有主治作用的线：肩阳线（肩部后侧）、肘阳线（肘部伸侧）、腕阳线（腕部伸侧）、指背线（手指伸侧和手背）。

⑫下肢阳区：阴阳内点、阳关内点、耳枕线前⅓点、顶耳线与眦枕线的交点组成的区域。包括4条有主治作用的线：股阳线（大腿外侧）、膝阳线（膝部外侧）、踝阳线（外踝部）、趾背线（足趾伸侧和足背）。

⑬前庭区：下肢阳区下⅖区域。其功能为调节平衡。

⑭静线、风线、血线：把耳枕线分为4等分，将3个等分点分别向上作平行于顶后线的直线至语智区平面。静线为前¼点引线，有镇惊安神作用；风线为中点引线，有祛风解表作用；血线为后¼点引线，有活血化瘀作用。

以上各点、线、区，凡未特别注明主治功效者，皆为主治相应名称部位的病变。

3．焦顺发氏头针穴区

先确定两条标准定位线。

前后正中线：从两眉间中点（正中线前点）至枕外粗隆尖端下缘（正中线后点）经过头顶的连线。

眉枕线：从眉中点上缘至枕外粗隆尖端的头侧面连线。

焦氏头针具体定区分述如下

(1) 运动区：上点在前后正中线中点往后0.5厘米处，下点在眉枕线和鬓角发际前缘相交处（如果鬓角不明显，可以从颧弓中点向上引垂直线，此线与眉枕线交叉处向前移0.5厘米为运动区下点），上下两点连线即为运动区。运动区又可分为上、中、下三部。

①上部：是运动区的上⅕，为下肢，躯干运动区。主治对侧下肢、躯干部瘫痪。

②中部：是运动区的中⅖，为上肢运动区。主治对侧上肢瘫痪。

③下部：是运动区的下⅖，为面运动区，亦称言语一区。主治对侧中枢性面瘫、运动性失语、流涎、发音障碍。

（2）感觉区：在运动区向后移 1.5 厘米的平行线即为本区。感觉区可分为上、中、下三部。

①上部：是感觉区的上⅕，为下肢、头、躯干感觉区。主治对侧腰腿痛、麻木、感觉异常、后头、颈项部疼痛、头晕、耳鸣。

②中部：是感觉区的中⅖，为上肢感觉区。主治对侧上肢疼痛、麻木、感觉异常。

③下部：是感觉区的下⅖，为面感觉区。主治对侧面部麻木、偏头痛、颞合关节炎等。

（3）舞蹈震颤控制区：在运动区向前移 1.5 厘米的平行线。主治舞蹈病、震颤麻痹综合征等。

（4）晕听区：从耳尖直上 1.5 厘米处，向前及向后各引 2 厘米的平行线。主治眩晕、耳鸣、听力下降。

（5）言语二区：从顶骨结节后下方 2 厘米处引一平行于前后正中线的直线，向下取 3 厘米长直线。主治命名性失语。

（6）言语三区：晕听区中点向后引 4 厘米长的水平线。主治感觉性失语。

（7）血管舒缩区：从舞蹈震颤控制区前移 1.5 厘米的平行线。主治皮层性浮肿及高血压病。

（8）运用区：从顶骨结节起分别引一垂直线和与该线夹角为 40 度的前后两线，长度均为 3 厘米。主治失用症。

（9）足运感区：在前后正中线的中点旁开左右各 1 厘米处向后引 3 厘米长的线，平行于前后正中线。主治对侧下肢瘫痪、疼痛、麻木、急性腰扭伤、皮层性尿频、小儿遗尿、脱肛等。

（10）视区：在前后正中线的后点旁开 1 厘米处的枕外粗隆水平线上，向上引平行于前后正中线的 4 厘米长直线。主治皮层性视力障碍。

（11）平衡区：在前后正中线的后点旁开 3.5 厘米处的枕外粗隆水平线上，向下引平行于前后正中线的 4 厘米长直线。主治小脑疾病引起的平衡障碍。

（12）胃区：从瞳孔直上发际处为起点，向上引平行线于前后正中线的 2 厘米上直线。主治胃炎、胃溃疡等引起的疼痛。

（13）胸腔区：在胃区与前后区中线之间，由发际向上下各引 2 厘米长直线。主治支气管哮喘、心绞痛、胸闷不适等。

（14）生殖区：从额角处向上引平行

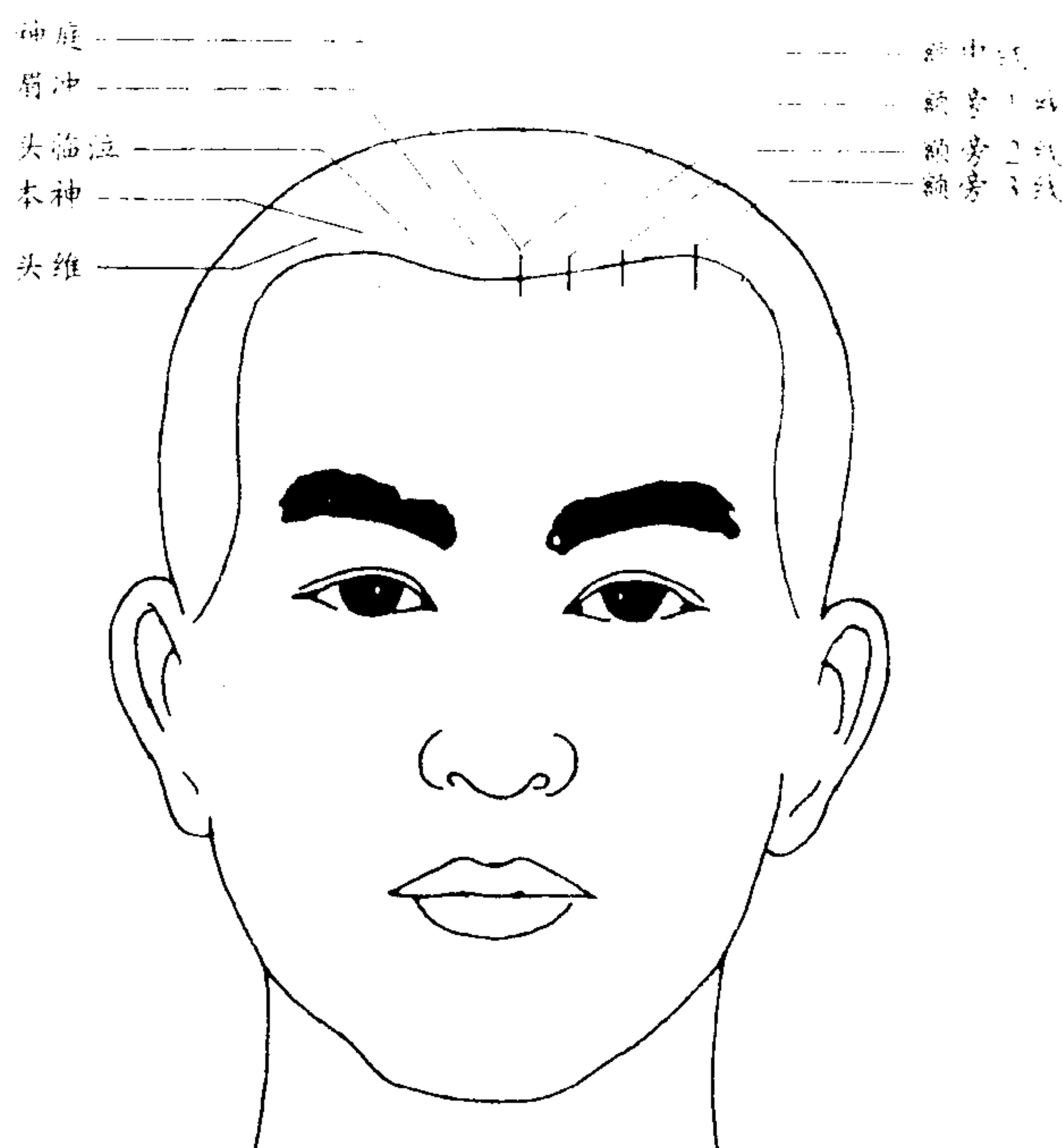


图 6－5 《头皮针穴名国际标准化方案》治疗线（一）

于前后区中线的 2 厘米长直线。主治功能性子宫出血、盆腔炎、阳萎、遗精、子宫脱垂等。

4. 头皮针穴名国际标准化方案

(1) 额区 (图 6-5)

①额中线：额部正中发际内，自发际上 5 分即神庭穴起，向下 1 寸。属督脉。

功能：宁神定惊，利咽开窍

主治：神志病，头、鼻、舌、咽喉病等。

②额旁 1 线：在额部额中线外侧，直对眼内角，自发际上 5 分即眉冲穴起，向下垂直 1 寸。属足太阳膀胱经。

功能：宣肺平喘、化痰止咳、宁心安神

主治：肺、支气管、心脏等上焦病症。

③额旁 2 线：在额部额旁 1 线外侧，直对瞳孔，自发际上 5 分即头临泣穴起，向下垂直 1 寸。属足少阳胆经。

功能：健脾和胃、疏肝理气

主治：脾、胃、肝、胆、胰等中焦病。

④额旁 3 线：在额部额旁 2 线的外侧，直对眼外角，自头维穴内侧 0.75 寸处，即本神穴与头维穴之中点发际上 5 分，向下垂直 1 寸。属足少阳胆经和足阳明胃经。

功能：补肾固精，清利湿热

主治：肾、膀胱、生殖系统等下焦病证。

(2) 顶区 (图 6-6)

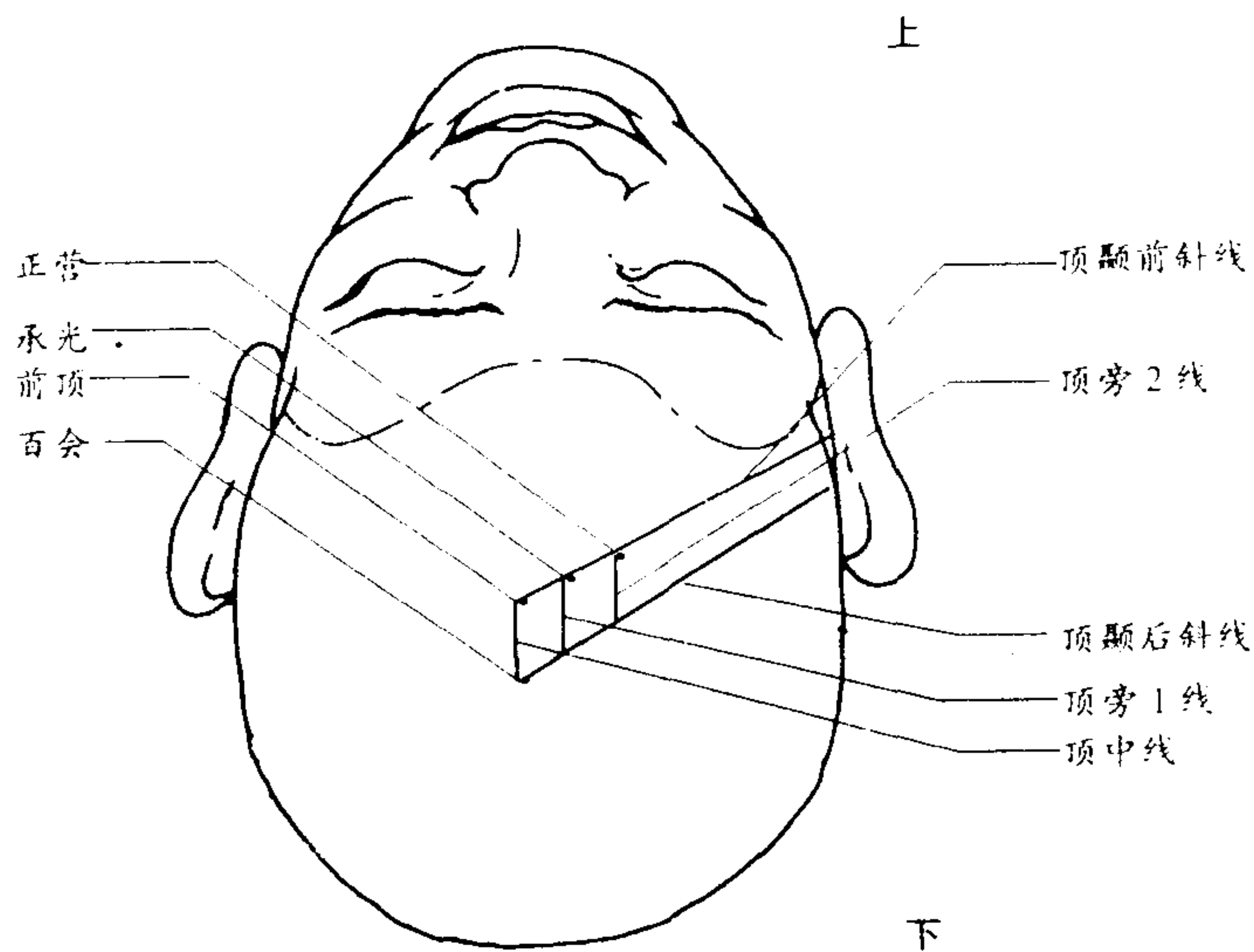


图 6-6 《头皮针穴名国际标准化方案》治疗线（二）

①顶中线：在头顶部正中线，自百会穴向前至前顶穴。属督脉。

功能：平肝息风，升阳益气，疏通经络

主治：腰、腿、足病证如瘫痪、麻木、疼痛，及皮层性多尿、脱肛、小儿夜尿、高血

压、头顶痛等。

②顶颞前斜线：在头部侧面，自前顶穴起，止于悬厘穴。贯穿督脉、足太阳膀胱经和足少阳胆经。

功能：强筋健骨，健脾益肌

主治：全线可分为5等分，上$\frac{1}{5}$治下肢瘫痪、疼痛；中$\frac{2}{5}$治上肢瘫痪、疼痛；下$\frac{2}{5}$治面瘫、失语、流涎等头面部病证。

③顶颞后斜线：在头部侧面，位于顶颞前斜线之后，与之相距1寸5分，即自百会穴起，止于曲鬓穴。贯穿督脉、足太阳膀胱经和足少阳胆经。

功能：调和营卫，通络止痛

主治：全线可分为5等分，上$\frac{1}{5}$治下肢感觉异常，中$\frac{2}{5}$治下肢感觉异常，下$\frac{2}{5}$治头面部感觉异常。

④顶旁1线：在头顶部，顶中线外侧，两线相距1.5寸，自承光穴起沿经线往后1.5寸。属足太阳膀胱经。

功能：疏通经络，调和气血

主治：腰腿足病证，如瘫痪、疼痛、麻木等。

⑤顶旁2线：在头顶部，顶旁1线外侧，两线相距0.75寸，即自正营穴起沿经向后1.5寸。属足少阳胆经。

功能：疏通经络，调和气血

主治：肩、臂、手病证，如瘫痪、疼痛、麻木等。

(3) 颞区（图6-7）

①颞前线：在头部侧面，颞部两鬓内，自颔厌穴起，止于悬厘穴。属足少阳胆经。

功能：疏通经气

主治：偏头痛、运动性失语、周围性面瘫及口腔疾病等。

②颞后线：在头部侧面，颞部耳尖直上方，自率谷穴起，止于曲鬓穴，属足少阳胆经。

功能：疏通经气，聪耳，定眩

主治：偏头痛、眩晕、耳鸣耳聋等。

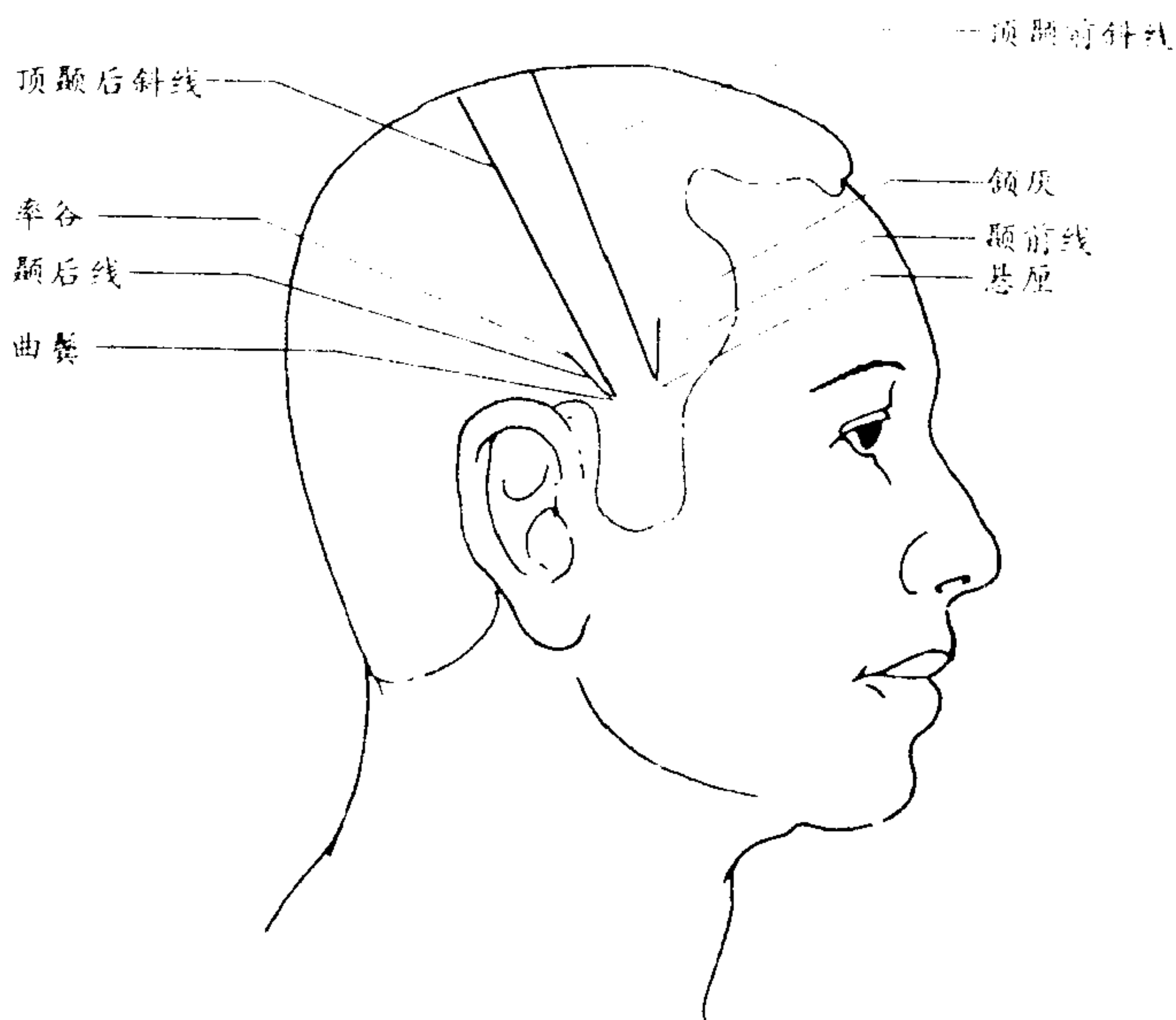


图6-7 《头皮针穴名国际标准化方案》治疗线（三）

(4) 枕区（图6-8）

①枕上正中线：在枕部，为枕外粗隆上方正中的垂直线，即起自强间穴，止于脑户穴。属督脉。

功能：明目，益肾壮腰

主治：眼病、腰脊痛等。

②枕上旁线：在枕部，与枕上正中线平行往外0.5寸。归属足太阳膀胱经。

功能：明目，健腰

主治：皮层性视力障碍，白内障、近视等眼病，腰肌劳损及足癣等。

③枕下旁线：在枕部，为枕外粗隆下方两侧的2寸长的垂直线，即起自玉枕穴，止于天柱穴。属足太阳膀胱经。

功能：平肝息风，疏通经络

主治：小脑疾病引起的平衡障碍及后头痛等。

5．朱明清氏头皮针治疗带（图6－9、10、11、12）

（1）额顶带：在额部至顶部正中部位，自前发际至百会穴左右各旁开0.5寸的1寸宽带区。归属督脉和足太阳膀胱经。

功能：利咽开窍，宽胸止痛，降逆和胃，健脾清肠，调经止血，益气固涩。

主治：全带可分为4等分，依次主治头、咽喉、上焦（胸、膈）、中焦（上腹、脐腹）、下焦（小腹）等内脏病证。

（2）额旁带

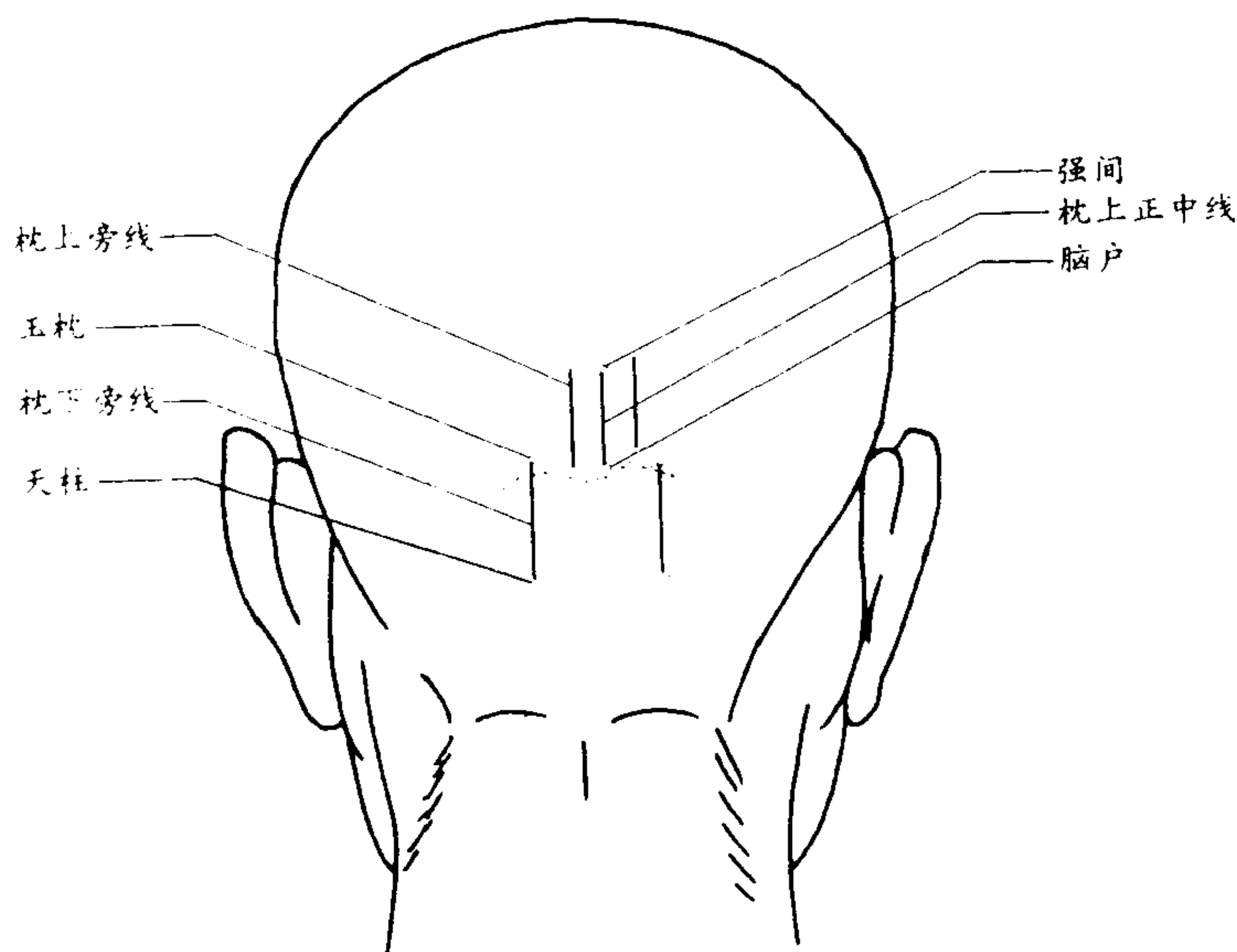


图6－8　《头皮针穴名国际标准化方案》治疗线（四）

①额旁1带：以头临泣为中心，上下各0.5寸，左右各旁开0.25寸的带区。属足少阳胆经。

功能：疏肝和胃，利胆清肠

主治：脾、胃、肝、胆、胰等急性中焦病证。

②额旁2带：自本神穴向头维穴方向旁开0.25寸，上下各0.5寸的带区。属足少阳胆经和足阳明胃经。

功能：益肾利尿，调经固涩

主治：肾、膀胱、生殖系统等急性下焦病证。

（3）顶枕带：在头顶部至枕部正中，自百会穴至脑户穴左右各旁开0.5寸的带区。属督脉和足太阳膀胱经。

功能：疏通经气，益肾明目

主治：全带可分为4等分，依次主治项、背、腰、骶的病证。

（4）顶颞带：自前顶穴至头维穴，向前后各旁开0.5寸的条带。属督脉，足太阳膀胱经和足少阳胆经。

功能：疏经通络，强筋止痛

主治：以运动障碍和感觉障碍为主的病证，尤其对中枢性运动障碍和感觉障碍有明显疗效。

（5）顶结前带：在头顶部两侧，由通天穴至百会穴连线向前后各旁开0.25寸的带区。

属足少阳胆经和足太阳膀胱经。

功能：通络止痛

主治：髋关节及臀部诸病症。

（6）顶结后带：在头顶部两侧，由络却穴至百会穴连线向前后各旁开0.25寸的带区。

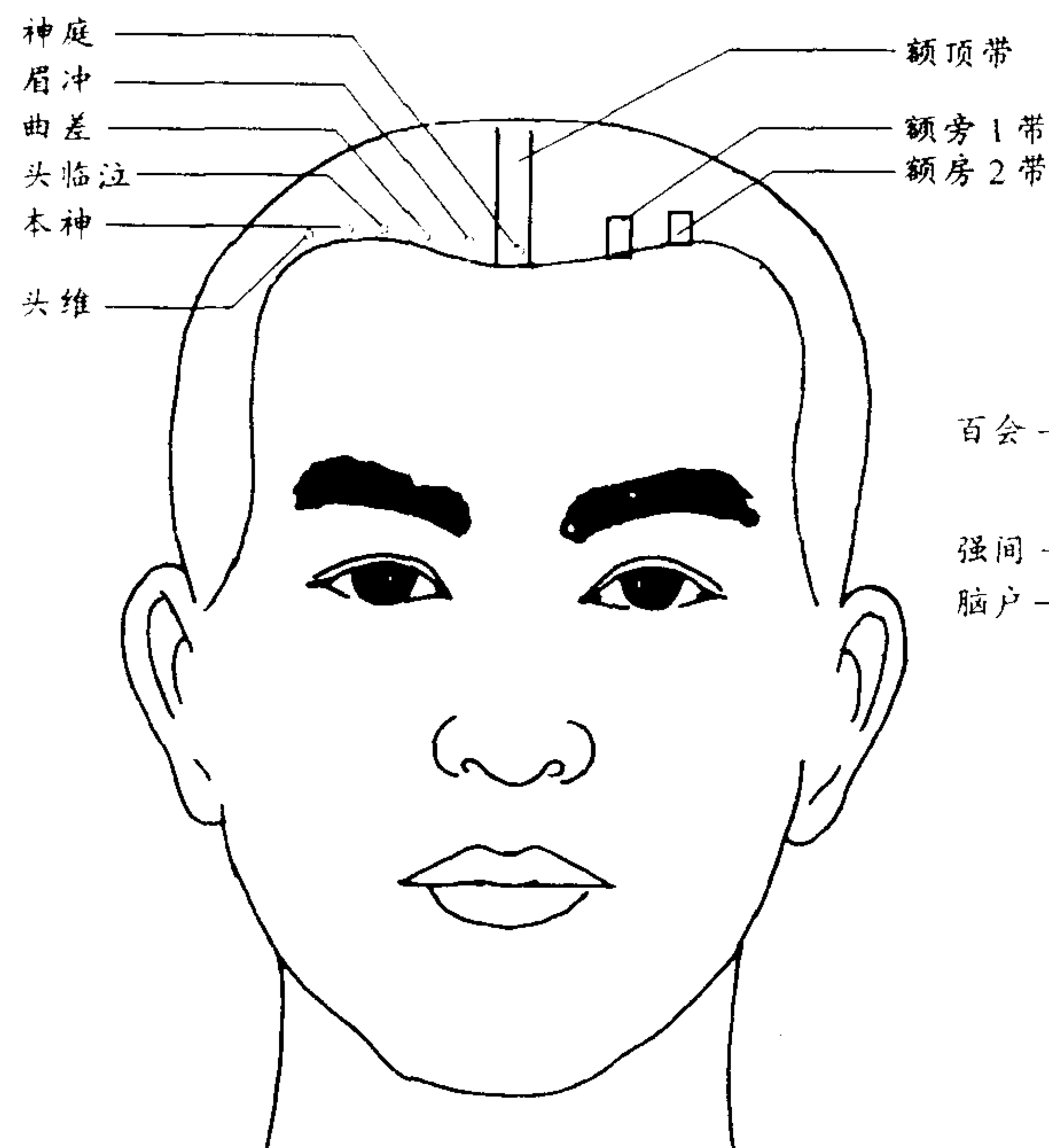


图6－9　朱氏头皮针治疗带（一）

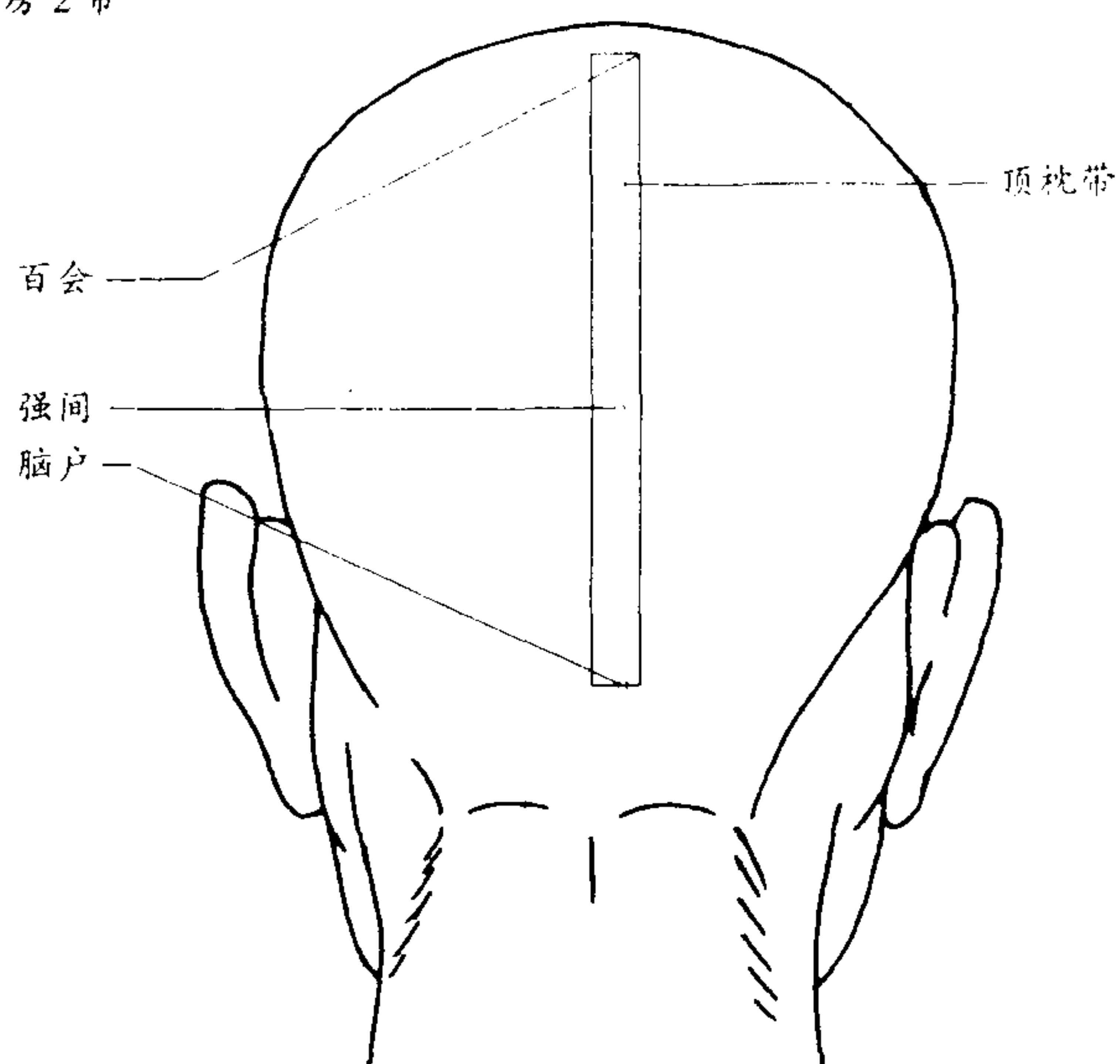


图6－10　朱氏头皮针治疗带（二）

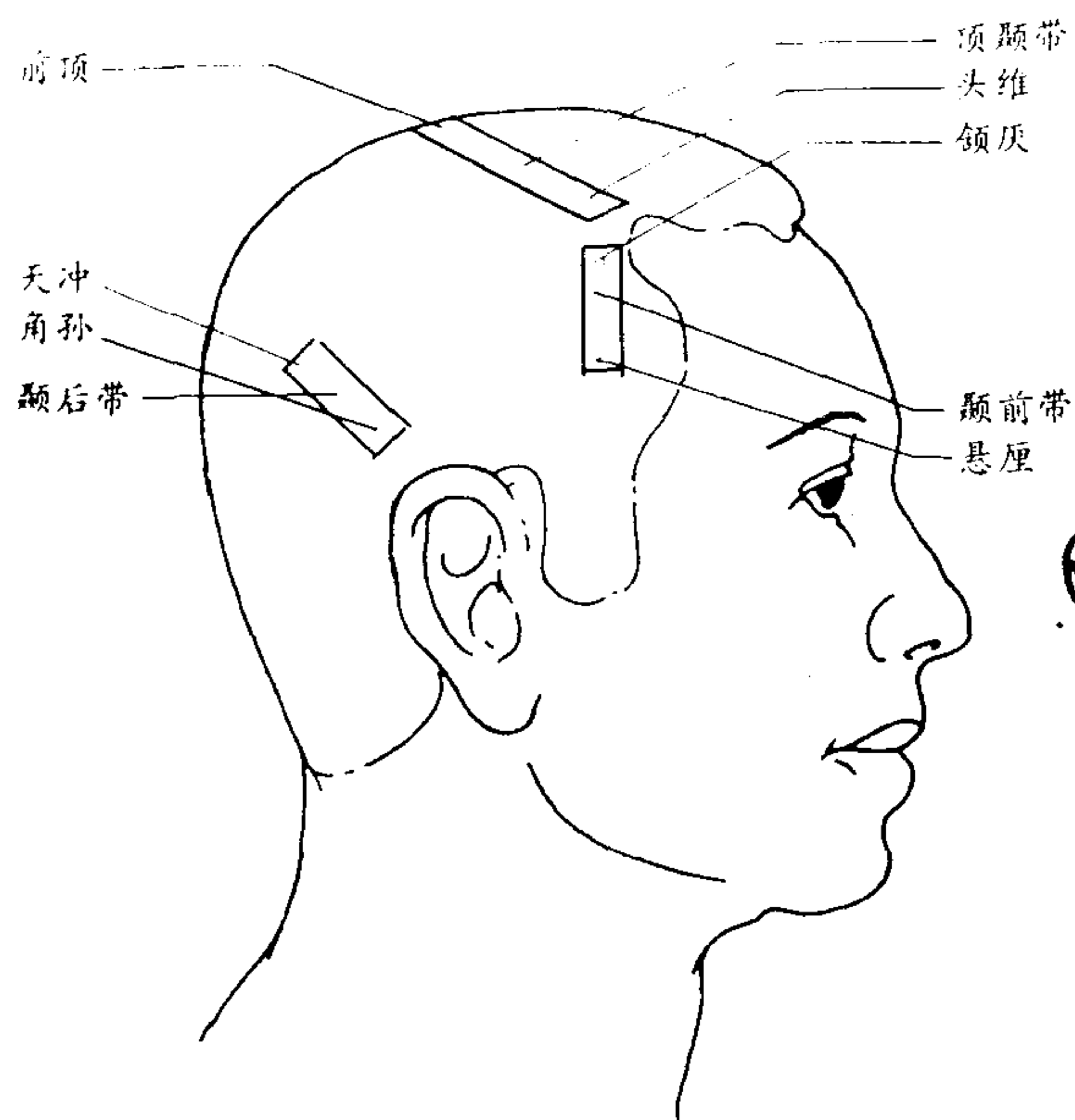


图6－11　朱氏头皮针治疗带（三）

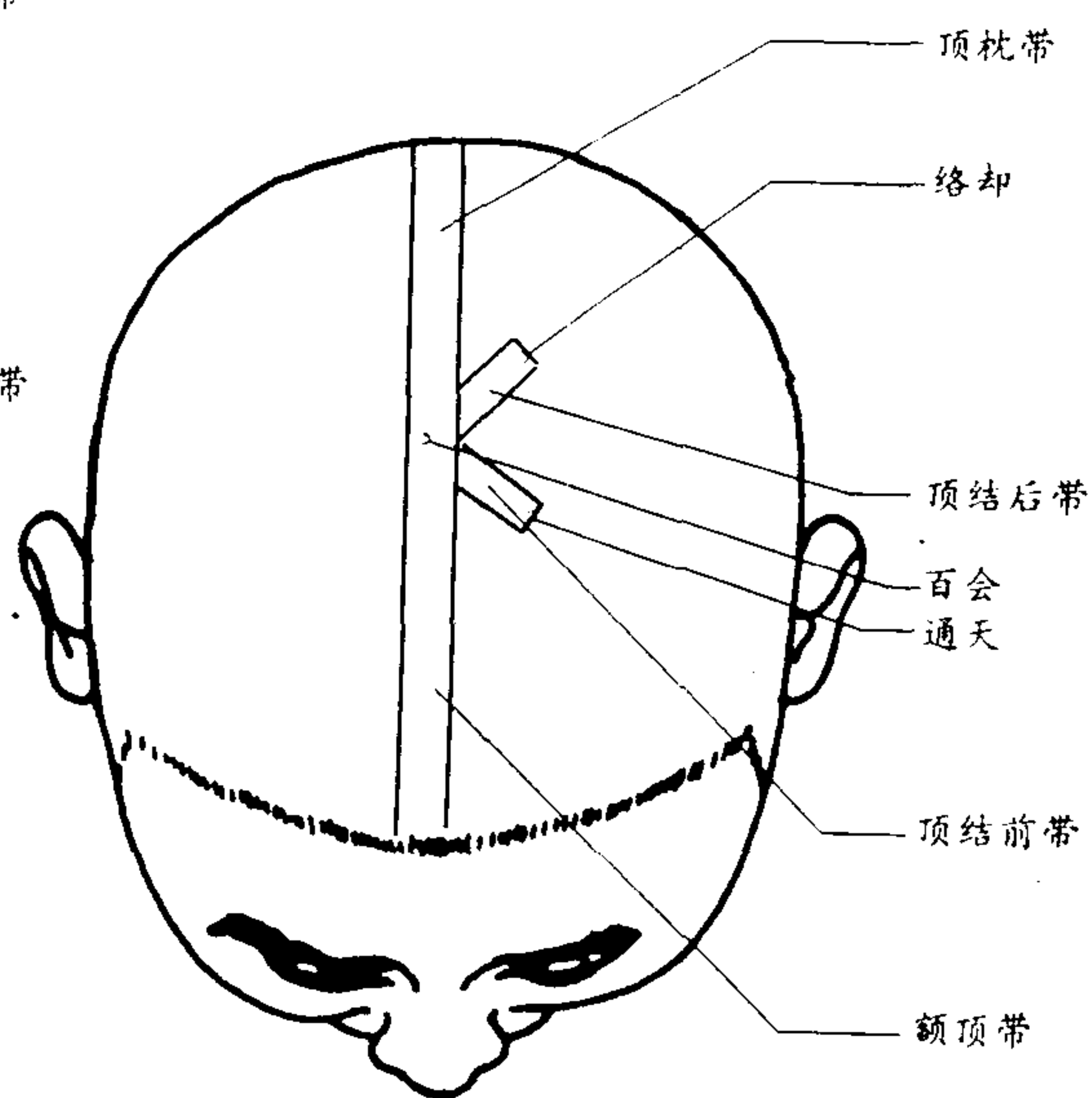


图6－12　朱氏头皮针治疗带（四）

属足少阳胆经和足太阳膀胱经。

功能：通络止痛

主治：肩关节及颈部诸病症。

（7）颞前带：在头部侧面，由颔厌穴至悬厘穴连线两侧各旁开0.5寸的带区。属足少阳胆经。

功能：疏通少阳经气

主治：偏头痛，运动性失语，周围性面瘫及口腔疾病等。

（8）颞后带：在头部侧面，颞部耳尖直上方，由天冲穴至角孙穴连线两侧各旁开0.5寸的带区。归属足少阳胆经与手少阳三焦经。

功能：疏通少阳经气

主治：偏头痛、眩晕、耳鸣耳聋等。

6．朱一周氏头皮针疗法的理论基础

关于本流派的穴区定位及主治等内容，前文均已详细介绍。在此对本流派的理论基础加以阐述。

（1）以中医经络、阴阳、脏象学说为主要理论依据。

①经络学说是头皮针的共同理论基础。

头皮针是通过针刺头部的穴区来调节气血，治疗全身（包括头部）的病证，其重要理论依据之一就是头部穴区与人体经络系统紧密联系，通过经络系统内联脏腑、外络肢节而发挥作用。

在十二经脉，奇经八脉中，直接循行于头皮部位的经脉有八条，即督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经、足厥阴肝经、足阳明胃经、手少阳三焦经、阳维脉和阳跻脉。十二经别的脉气都可上达头面部，十二经别自四肢别出，进入胸腹内脏后，再浅出头颈部，阳经经别与本经相会，阴经经别合于相表里的阳经。这就补充了十二经脉中，阴经一般不上头面（除足厥阴肝经）的不足。

“标本”、“根结”、“气街”等理论，都可说明人体的经络之气可以上行集中于头面。十二经的“本”、“根”在四肢下端，其“标”、“结”则在头、胸、腹、背，标本根结理论阐明了人体经气上下内外相应，布散于周身。“气街”是经气汇集、纵横通行的部位，集中于头、胸、腹、背，正是“标”、“结”之所在。其中的“头气之街”说明全身经气皆可上行于头。综合十二经脉、奇经八脉、十二经别、标本、根结、气街等理论，可以充分说明头皮部位之穴区，可以调整全身气血，治疗脏腑，躯干、四肢的病症。

头皮针主治范围中很大一部分为颅脑疾患。首先，因头皮直接覆盖于颅脑之外，治疗颅脑疾病取用头皮上的穴位，相当于治疗脏腑疾患时选取与之邻近的俞穴或募穴，属于一种近部取穴法。更重要的是可以从中医学对脑与脏腑、经络的关系来加以理解。如《灵枢·海论》：“……脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府。”《素问·脉要精微论》：“头者精明之府”，同时脑又为奇恒之腑，与心、肝、肾三脏存在紧密联系。脑与经络系统关系紧密，其中最重要的是督脉与足太阳膀胱经。督脉“上至风府，入属于脑”，足太阳膀胱经的分支从头顶部入络于脑，足太阳膀胱经属膀胱，络肾，而肾主骨生髓，与髓海（脑）的盈亏直接相关。

②朱一周氏头皮针疗法与头部经络腧穴的关系：朱一周疗法的治疗穴区，与督脉、足

太阳膀胱经、足少阳胆经、足阳明胃经的头部循行路线有直接的交会，并与足厥阴肝经、阳维脉、阳跻脉及部分经筋、经别、皮部等也存在紧密联系。治疗区的分布特点是以督脉和足太阳膀胱经为中心，其中神庭区、囟会区、百会区、强间区四个穴区均是以督脉为中线，以膀胱经两侧线为界而确定的。督脉和足太阳膀胱经与脑的密切联系前文已述。此外，督脉为"阳脉之海"，总督一身之阳气，有九条经脉与督脉交会，即手、足六阳经、足厥阴肝经、任脉、阳维脉，它们的脉气都与督脉相通。足太阳膀胱经是人体经脉中循行范围最广、腧穴最多的一条经脉，尤其在背部的俞穴是脏腑经气输注之处，与五脏六腑均密切相关。可见，督脉和足太阳膀胱经在人体经脉系统中的重要地位，也是朱一周疗法对它们特别重视的原因。

朱一周氏头皮针疗法的头部穴区是以传统腧穴为中心而确定的，并以腧穴的名称来命名穴区。它突出了传统腧穴的重要地位，不同于其它各个头针流派。以下列表说明朱一周疗法穴区与头部传统腧穴的关系：

朱一周氏头皮针疗法治疗区内所涵盖的头部腧穴

朱一周氏头皮针疗法治疗区			头部腧穴			
名称	定位	主治	名称	归经	定位	主治
神庭区	以神庭穴为中心，前后各延长0.5寸，左右旁开至眉冲穴之间的方形区	神志病、头、面、咽喉、口舌病症	神庭	督脉	头部中线，前发际上0.5寸	头痛、眩晕、目疾、鼻疾、癫狂、痫证等
			眉冲	足太阳膀胱经	眉头直上，入前发际0.5寸	头痛、眩晕、鼻塞、痫证
			上星	督脉	头部中线，前发际上1寸	头痛、眩晕、目疾、鼻疾、癫疾、热病等
囟会区	以囟会穴向前延长1寸，向后延长1.5寸，左右旁开1.5寸至足太阳膀胱经经线的区域	心、肺、气管、膈等上焦病症、肝、胆、脾、胃、胰等中焦病症、上肢的运动和感觉障碍	囟会	督脉	头部中线，前发际上2寸	头痛、目眩、鼻疾、癫疾、疟疾、热病等
			五处	足太阳膀胱经	前发际上1寸，旁开1.5寸	头痛、目眩、痫证、小儿惊风等
			承光	足太阳膀胱经	五处后1.5寸	头痛、目眩、呕吐、鼻塞、多涕、热病等
			前顶	督脉	百会穴前1.5寸	癫痫、头晕、目眩、头顶痛、鼻渊、目赤、小儿惊风
百会区	以百会穴为中心，向前、后、左、右各旁开1.5寸，左右至两侧膀胱经侧线之间的方形区	肾、膀胱、生殖系统等下焦病症，后枕、颈项部病症、下肢的运动和感觉障碍	百会	督脉	头部中线，前发际上5寸	头痛、眩晕、神志异常、中风不语、耳鸣、脱肛、泄泻等
			后顶	督脉	百会穴后1.5寸	头痛、眩晕、项强、癫狂、痫证、烦心、失眠
			通天	足太阳膀胱经	百会穴前1寸、旁开1.5寸	头痛、眩晕、鼻疾、瘿气、颈项痛等
			络却	足太阳膀胱经	百会穴后0.5寸旁开1.5寸	眩晕、耳鸣、鼻塞、口㖞、癫、痫、瘿瘤等

续表

朱一周氏头皮针疗法治疗区			头部腧穴			
名称	定位	主治	名称	归经	定位	主治
强间区	以强间穴为中心，向上，下各延1.5寸，左右旁开至两侧膀胱经线	背部、腰骶部病症及神志精神病、目疾等	强间	督脉	头部中线，后发际上4寸	头痛、目眩、颈强痛、癫痫、失眠、口㖞等
			脑户	督脉	头部中线、枕骨粗缘上缘凹陷中（约后发际上2.5寸）	头痛、目疾、眩晕、项强、癫痫、音哑、瘿瘤等
			玉枕	足太阳膀胱经	脑户穴旁开1.3寸	头痛、恶风寒、呕吐、目疾、鼻塞等
本神区	以本神穴向前、后各延0.5寸，左、右各延1.5寸	急性中焦、下焦病、偏头痛、侧面部病症	头维	足阳明胃经	头部中线旁开4.5寸，前发际上0.5寸	头痛、目眩、目疾
			本神	足少阳胆经	头部中线旁开3寸，前发际上0.5寸	头痛、目眩、癫痫、颈项痛、半身不遂、小儿惊风等
			头临泣	足少阳胆经	目正视，瞳孔直上，入发际0.5寸	头痛、目眩、流泪、鼻塞、小儿惊痫等
			曲差	足太阳膀胱经	神庭穴旁开1.5寸	头痛、鼻塞、鼽衄、目视不明等
率谷区	以率谷穴为中心，向上、下、左、右各旁开1寸	偏头痛、耳聋、耳鸣、眩晕等	率谷	足少阳胆经	耳廓尖上方，入发际1.5寸	头痛、眩晕、呕吐、小儿惊风
			天冲	足少阳胆经	耳廓根后上方，入发际2寸，率谷穴后约0.5寸	头痛、齿痛、癫痫、惊恐、瘿气

由上表可见，朱一周氏头皮针疗法穴区与其所涵盖的腧穴，在主治范围上有紧密的联系，但绝非为传统的经络腧穴所限，因为本疗法还有其阴阳学说、脏象学说、生物全息律等理论基础。

③朱一周氏头皮针疗法与阴阳学说、脏象学说的关系：

朱一周氏头皮针疗法充分体现了中医阴阳学说。人体腹侧为阴、背侧为阳，头部穴区也以百会穴为界分为阴阳两部分，其前面的神庭区、本神区、囟会区、百会1区为阴，其后面的百会2区、强间穴为阳。这种阴阳的划分直接决定了各穴区的功能主治，属阴的穴区主治人体阴面及内脏的疾患，属阳的穴区主治人体属阳的疾患。而且阴阳的划分还对针刺方向等操作手法具有指导意义。

脏象学说的指导作用主要体现在头部穴区的功能主治方面。阴面的穴区主治人身阴面及内脏病，其中囟会1区主治心、肺等上焦病，囟会2区和本神1区主治肝、胆、脾、胃等中焦病，百会1区和本神2区主治肾、膀胱、大小肠等下焦病，这种脏腑的概念既与解剖学上的脏器定位有联系，更是中医学的脏象功能概念。因此在选穴、配穴时就可根据脏象学说的脏腑所主、功能、开窍及脏腑间的相互关系来指导治疗。本疗法的阳面穴区（百会2区、强间区），除治疗人体阳面的疾患外，还可与阴面穴区相配，治疗其所相对应的脏腑疾患。这就使朱一周疗法不是穴——症的简单对应，而是在中医理论指导下的灵活多

变的运用。

（2）反映了中医整体观和穴位全息相关

整体观念是中医学的基本特点之一，它非常强调人是有机的整体，人与自然界存在着统一性。如“天人相应观”、人体局部与整体的辩证关系、诊断疾病的方法（如面部色诊、脉诊、舌诊等）都是整体观的体现。近代在传统针灸经络理论基础上发展形成的耳针、头皮针、足针等微针系统，更是中医整体观的具体发挥。

以中医理论为指导，结合穴位全息、精神全息、时间全息等产生了一门中医新分支学科——全息医学。全息论是本世纪70年代后逐渐发展形成的，其重要基础是穴位分布全息相关。穴位分布全息相关与中医整体观念是契合的，前者是后者关于人体局部与整体辩证关系的体现和发展。

朱——周氏头皮针疗法在朱氏头皮针的基础上，经过大量的临床实践，更密切的结合中医整体观念和生物全息相关，提出在头皮部位存在着与人体对应的缩影。它与方氏“伏脏”、“伏象”缩影和汤氏的意象缩影，既有相通之处，又存在很大的区别。

朱——周氏疗法认为，在头皮部位沿督脉为中线，存在着两个人体缩影。百会穴前是一个头部朝前的人体盘坐正面缩影，其中头部相当于神庭区，胸部、上腹部和上肢相当于囟会区，下腹部和下肢相当于百会1区。百会穴之后是一个头部朝向百会穴的盘坐人体背影，其中头颈部相当于百会2区，背部和腰部相当于强间区。

朱——周氏头皮针疗法体象示意图，是生物全息相关的体现，它使头针治疗区更为生动直观，也使各治疗区的功能主治更易于理解和掌握。

第七章　颜面全息诊疗

全息医学的理论认为，人体是一个若干立体层次的全息元，人体的某一部位的全息元都是整个人体的缩影。人的颜面部是一个较大的全息元，同时还存在着眼全息、鼻全息、口唇全息、人中全息等众多级全息元，因此，颜面部全息元非常丰富，整个面部是一个大的全息元，它代表着一个整体的缩影，也存在有多个整体的缩影。故颜面部反映着机体的各部位较多的可靠的生理、病理信息，对诊断疾病提供了准确的依据。我们利用颜面部全息元多、暴露充分、有利于观察的特点。根据颜面部全息元不同的变化信息，可最先发现五脏六腑气血的盛衰，对整个人体某一部位的疾病及早的准确的做出判断。在治疗上，可通过刺激颜面部相应的全息穴区、传递信息、以达到调节、控制、治疗疾病的目的。

本章节介绍颜面部全息诊断、治疗。其中眼全息、鼻全息、人中全息、口唇全息等将在有关章节中一一介绍。

第一节　颜面部全息诊断

一、颜面部全息诊断的理论基础

面全息诊断，是通过观察人体面部色泽、形态、部位、神等方面的变化，来判断机体五脏六腑各组织器官疾病的一种方法。面全息诊断属中医望诊的范畴，是全息诊断中的主要内容之一。

颜面部位于人体的最上部，显露充分，是人体百脉汇聚之所。如《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰："十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。"及"诸阳之会，皆在于面。"又如《素问·五脏生成篇》曰："心之合脉也，其荣色也。"可见人体的十二经脉中，有手少阴心经，足阳明胃经，足太阳膀胱经，手阳明大肠经，手太阳小肠经，手少阳三焦经，足少阳胆经，足厥阴肝经，奇经八脉中的督、任、冲、阴跻、阳跻、阴维、阳维脉等，皆直接与面部有关。其余经脉也通过各种途径上荣于面，间接的作用于面部。从而说明了人的面部络脉较丰富，气血充盛，其色泽变化易于显露于外。《望诊遵经·五色相应提纲》曰："尝考《内经》望法，以为五色形于外，五脏应于内，犹根本之与枝叶也。色脏形肉，不得相失也，故有病必有色，内外相袭，如影随形，如鼓应桴。"说明机体脏腑气血的盛衰，邪气对气血扰乱，都会通过颜面部全息元的不同变化而有所反映。面部的色诊是有其经络基础的。

对颜面部诊查，可运用望诊、问诊和切诊等方法，但最重要的是望诊。望诊不仅可诊查出面部本身的病变，而且可以了解机体正气的盛衰、能知病变部位的深浅，推测病情的进退逆从，预报疾病的预后转归。因此，面诊是发现整体各脏腑组织器官生理、病理信息的重要部位，全息面诊在其诊断中占有十分重要的地位。故面全息望诊可谓是观察人体的第一窗口。

二、颜面部的正常之色

诊查面色，应首先了解人的正常肤色。我国属黄种人，正常的皮肤颜色应是红黄隐隐明润而又含蓄。《望诊遵经》曰："光明者，神气之著；润泽者，精血之充。"这种色泽是提示人的胃气旺盛，脏腑健全，血脉和调，神足气充、属健康人之本色。在病变过程中见到上述面色，则表明病程较短，邪气轻浅，正气未衰，易于治疗，预后较好。由于先天禀赋，体质偏颇，以及职业、风土、生活工作条件及人的生理活动等因素的影响，面色可能有偏青、偏白、偏黄、偏红或偏黑。这些都属于正常现象，所以正常颜色又有主色、客色之分。

（一）主色：在我国的人群中，每个人的面色均不相同，人一生中始终是一种色调为主，称为主色。但是同样是一个种类的人，不管是由于遗传、生活、工作条件的不同，或者是性别、年龄等因素的影响，可能对一个人的皮肤色泽产生大同小异的影响。正如《医宗金鉴·四诊心法要诀》所说："五脏之元，随五行之人而见，百岁不变，故为主色也。"

（二）客色

1．客色与自然界的全息关系

"天人相应"是中医整体观念的内容之一。宇宙是在不停的转动着，自然界的五行生克、四时八风、天地四方等条件的信息变化，对人体有着各种不同的影响。同样人的皮肤色泽也会发生不同的信息变化，把这种随各种因素影响而变化的皮肤颜色称之为客色。人不能脱离宇宙而孤立存在，一年中的春温、夏热、秋凉、冬寒的变化规律，对人体脏腑、经络、气血、荣卫等都有直接的作用，对人面部的颜色也有一定的影响。正常的四季客色，为春应黄而稍青、夏应黄而稍赤、秋应黄而稍白、冬应黄而稍黑。《医宗金鉴·四诊心法要诀》中曰："四时之色，随四时加临，推迁不常；故为客色"，证明了人的皮肤色泽与四季存在着全息共振关系。

2．客色与五方的全息关系

人长期生活在不同地区（五方），即东、南、中、西、北五个方位。随着各地区人民的生活习俗、饮食习惯、生产状况、日照时限、受光强度、寒热程度等情况不同，人体的生理、生化环境及形体状态、皮肤色泽等，也相应地有不同的变异。因此，《内经》总结出东方人色青、南方人色赤、西方人色白、北方人色黑、中央人色黄的规律。充分体现出皮肤色泽与五方存在着全息共振的关系。

3．客色与男女、不同年龄的全息关系

岁月的流失，年龄的增长，人的不同年龄直接影响着人体的形体、姿态、色泽，出现不同的改变。《望诊遵经》曰："夫色之不能一致者，气质之变也，而亦有老少之殊。方其少也，血气盛、肌肉滑、气道通、营卫之行速；及其老也，血气衰、肌肉枯、气道涩、营卫之行迟。夫是故老者之色多憔悴，少者之多润泽也。"又如《素问·上古天真论》曰："女子七岁，肾气盛，齿更发长。二七而天癸至，任脉通、太冲脉盛，月事以时下，故有子。三七肾气平均，故真牙生而长极。四七筋骨坚，发长极，身体盛壮。五七阳明脉衰，面始焦，发始堕。六七三阳脉衰于上，面皆焦，发始白。七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁肾气实，发长齿更。二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子。三八肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极。四八筋骨隆盛，肌肉满壮。五八肾气衰、发堕齿槁。六八阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白。七八肝气

衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极。八八则齿发去。”这均说明了男女、年龄的不同，在生长发育过程不同阶段，对神、色、形、态诸方面均有不同的影响，因而在面部望诊时注意年龄老少男女的区别，以及与面全息的关系。

总之，在颜面部望诊中人的性别、年龄、气候、五方等均与人体存在有全息相关规律的变化。主色和客色均属正常之色，但在具体过程中，应注意主色，客色、与病色的鉴别，三者不要混淆；要结合脉症进行全面的分析，以免在临床实践中发生误诊。在面部望诊时，最好在充足的自然光线下进行，这样可以避免染色现象。

三、颜面部的病色

病色，是指人体在疾病状态时面部的色泽。可理解为除常色之外其它一切异常的色泽都属病色。病色的特点为：色泽枯槁而晦暗，或虽鲜明但不含蓄而暴露，或某色独见而无血色相间，或色泽的变化与季节、时令不一致。病色有善色与恶色两种，病色较明润含蓄者为善色，一般表示病情较轻，脏腑未大伤，神气仍旺，预后良好；病色显露而枯槁不泽者为恶色。一般表示病情较重，五脏中有一脏败坏，或胃气已伤，精气大亏而神已衰，预后不良。《素问·五脏生成篇》曰：“五脏之气，故色见青如草兹者死；黄如枳实者死；黑如炲者死；赤如衃血者死；白如枯骨者死。此五色之见死也。青如翠羽者生；赤如鸡冠者生；黄如蟹腹者生；白如豕膏者生；黑如乌羽者生。此五色之见生也。”这提示了善色与恶色对疾病的预后规律，也反映出古老的中医学中存在着色与疾病的全息思想。

根据《素问·脉要精微论》和《素问·五脏生成篇》中的有关论述，归纳制成了面色与疾病的全息关系简表（见表7-1）。

表7-1 面色与健康状况的全息关系

五色	五脏	健康人		病人	
		有华无病	无华将病	善色好转	恶色病危
赤	心	如白裹朱	如赭	如鸡冠	如衃血
白	肺	如鹅羽	如盐	如豕膏	如枯骨
青	肝	如苍壁之泽	如蓝	如翠羽	如草兹
黄	脾	如罗裹雄黄	如黄土	如蟹腹	如枳实
黑	肾	如重漆色	如地苍	如乌羽	如炲

四、望面色十法全息诊断

面部十法，即指色之浮沉、清浊、散抟、微甚、泽夭的十种情况，对临床诊断具有重要的指导价值。下面分别介绍面色十法与全息诊断的关系。

（一）浮沉

色之浮沉主要指病色的浅深内外位置而言。病色浅表，浮现于皮肤之间者，为色浮；病色深沉，色泽隐见于皮肤之间者，为色沉。病色浮者，提示病在表，在腑，易于治疗；病色沉者，提示病在里，在脏，不易治疗。若病色初浮后沉是病由表入里、由腑入脏；初沉后浮是由里出表，由脏出腑。《灵枢·五色》指出：“五色各见其部，察其浮沉，以知浅深。”《望诊遵经·相气十法提纲》说：“色显于皮肤间者，谓之浮，隐于皮肤内者，谓之

沉。浮者，病在表；沉者，病在里。初浮而后沉者，病自表而之里；初沉后浮者，病自里而之表。”

（二）清浊

色之清浊是指病变肤色的清明舒展与浊暗晦滞而言。病变肤色清而明快者，为色清之象，提示病属阳证，病位相对浅表；病变肤色浊而晦滞者，为色浊之状，提示病属阴证，病位在里。《望诊遵经·相气十法提纲》将其总结为：“清者清明，其色舒也；浊者浊暗，其色惨也。清者，病在阳；浊者，病在阴。自清而浊，阳病入阴；自浊而清，阴病转阳。”

（三）散抟

色之散抟是指病色的疏散与抟聚状态而言。病色疏离浮散者，称之为色散；病色壅聚抟集者，称之为色抟。病色散者，主病近将解；病色抟者，主病又而深聚，疗效差。病色先散后抟为病转深；先抟后散为病有好转。《望诊遵经·相气十法提纲》则将其概括为：“散者疏离，其色开也；抟者壅滞，其色闭也。散者病近将解；抟者病久渐聚。先抟而后散者，病虽久而将解；先散而后抟者，病虽近而渐聚。”

（四）微甚

色之微甚是指病色的浅淡和深浓而言。病色浅淡者，为色微，属正气虚；病色深浓者，为色甚，属邪气实。《望诊遵经·相气十法提纲》将其归纳为：“色浅淡者谓之微，色深浊者谓之甚。微者，正气之虚，甚者，邪气实。自微而甚，则先虚而后实；自甚而微，则先实而后虚。”

（五）夭泽

色之夭泽是指病变肤色的光泽而言。肤色明润含蓄，生机活泼，富有光泽者，为色泽之象。肤色晦暗呆滞，死气沉沉，枯槁无华者，为色夭之征。病色泽者，提示邪气不甚，气血未伤；病色夭者，表示邪气较甚，精气受损。由夭转泽为精神变盛；先泽而后夭，是病趋严重。《望诊遵经·相气十法提纲》指出：“气色滋润谓之泽，气色枯槁谓之夭。泽者主生，夭者主死。将夭而渐泽者，精神复盛；先泽而渐夭者，血气益衰。”

总之，望面诊十法，可协助辨别病情的表里、虚实、阴阳、新久、轻重以及疾病的转归、预后。这十法体现了局部与整体内在的相互关系，存在着面色与疾病的全息关系。故《望诊遵经·相气十法提纲》曰：“盖十法者，辨其色之气也；五色者，辨其气之色也。”强调十法在全息望诊中的重要意义。

五、颜面部的五色全息诊断

五色诊断，是根据患者面部出现青、黄、赤、白、黑五种色泽变化而进行诊断的方法。五色是反映五脏病变及各种证候的五种病色，它分别代表着五脏，青色主肝脏、白色主肺脏、赤色主心脏、黄色主脾脏、黑色主肾脏，还可以辨别疾病的性质，青色主风、惊、寒、痛；赤色主热；黄色主湿；白色主血虚，寒；黑色主痛、血瘀，劳伤。因此颜面部色泽的变化相当复杂，掌握好面部五色诊病的方法，再结合局部和整体的全息相关规律，就可以根据面部各个相应部位色泽的变化，推测五脏的病理变化，明确疾病的诊断，预测疾病的转归。下面分别介绍五色主病的全息关系。

（一）青色为肝胆之色。主寒证、风证、痛证、瘀血和惊风

1. 绀色，即红青色，属肝。若青如白绢裹绀之色，鲜明红润，是人体正常颜色。

2. 面色青而苍白，多属剧痛或休克。青色乃因皮肤毛细血管收缩所致。

3．面部常出现青色，多为肝胆证候。如目下颜色青白，伴有精神抑郁，手指麻痛，小腿转筋，多为肝虚风证。颜面青色，善怒，胁痛，咽干，多为肝实风。面目清黑，突然不能说话，四肢软弱或不能站立者，多为肝虚寒。

4．面青目赤者，多为肝火。

5．面青颊赤者，主病寒热往来之少阳证或热病疼痛。

6．面乍青赤乍白，腹痛时作时止，多为虫积腹痛。

7．面颊青黄，头痛、眩晕欲吐，多为痰厥头痛。

8．鼻梁外侧色青者，多为胆滞掣痛。

9．鼻头色青者，多主腹中寒痛。

10．面色青白，形瘦如柴者，为元气衰弱之征。

11．无病而突然面青气促者，多因惊恐所致。

12．面唇爪甲青紫，脉伏，可见于厥阴热厥。

13．面青吐沫，卒不知人，多为痫证。

14．久患肝病，如慢性肝炎，肝硬化等，面部往往呈青色，或青而晦暗。

15．脾胃病，见面部青色者，此为木克土，为病情较重。

16．面色青而脉涩，主营气不足。

17．面目青黑，四肢冷逆，可见砒霜中毒之征。

18．面色青灰，口唇青紫，见于心阳不振，心血瘀阻之胸痛或胸痹。

19．面色青黑暗惨，无论病之新久，都属阳气不振。

20．妇女面青，少食多怒，月经不调，多为肝强脾弱。

21．两颊如青黛，多为中恶。

22．妊娠右目下青者、为女胎，目上青者亦主女胎（《望诊遵经》)。

23．小儿面青、夜啼，手足俱冷，不欲吮乳，曲腰不伸者，多为脾寒之征。

24．小儿突然面青，以眉间、鼻柱及口唇四周较明显，高热者，多为欲作惊风之兆。

25．面如草兹，是肝脏精气败露的颜色。面色青灰，眼闭不开，急躁扰乱，懊侬囊缩，多为肝脏气绝。

26．环目鼻而青，多筋骨酸痛。

27．小儿面青肉冷，目陷干呕，利下如水，为胃气虚冷。

28．面青目反视，手足抽搐，多为“肝病”。

29．愤怒、惊恐、受寒亦会引起面色青，勿作病色论之。

（二）赤色为心之色，暑热之色。主热证，主心病，赤甚为实热，微赤为虚热

1．面色缘缘正赤，为阳气怫郁在表。

2．面色潮红如醉，提示胃热。

3．满面通红，多为外感发热，脏腑实热。

4．两颧潮红娇嫩，多为阴虚火旺的虚热证。常见于久病及劳瘵等病证。

5．久病重病患者，面色苍白，时而泛红如妆，嫩红带白，游移不定，多为虚阳浮越之戴阳证。

6．额赤者为上焦热；颐赤者为下焦热。

7．面赤为满面鲜红而汗多者，多为伤暑。

8. 午后颧红而唇干，乃阴虚火旺。

9. 面赤目白，愁眉苦脸，为忧愁思虑之征。

10. 两颊微赤，环目鼻而青者，为恶寒发热。

11. 颊赤面青者，为寒热往来之征。

12. 面赤而光者，上热下寒；面赤而郁者，上寒下热。

13. 面赤头痛无汗，心痛烦闷善呕者，为心热病。

14. 颊上赤青唇白者，为中风之兆。

15. 两颊口唇紫红，提示患有风湿性心脏病，冠心病等心脏疾病。

16. 面赤鼻干目痛者，为阳明病；面赤口燥，饮水，脉洪，汗多者，乃热在阳明气分。

17. 面赤潮热谵语，为实热壅结于腑。

18. 发热时面色多红，此乃因皮肤血管扩张，充血所致。

19. 面赤咽干，咳嗽痰黄者，为肺热咳嗽。

20. 颜面中部潮红，皮脂溢出，多为酒渣鼻。

21. 小儿发热，面赤气粗，涕泪交流，四末独冷为将发痘疹之征。

22. 小儿夜啼，面赤唇红，身腹俱热，小便不利而烦躁者，为心热；其鼻红燥者，是为脾热。

23. 新生儿头面肢体赤若涂丹者，为“胎赤”。

24. 妊娠左目下赤者多男胎；妊娠无病，身更轻健，面色红润，左脉大者，亦多男胎（《望诊遵经》）。

25. 妊娠准头赤者，多产难。

26. 产后发热，面正赤，喘而头痛者，为中风。

27. 痫证身热面赤，仰卧自汗、脉洪数者，为阳痫。

28. 心痹、心痛、心积等心病多见面赤。

29. 面赤如衃血者，多为心脏气血败露的颜色。

30. 剧烈运动之后、酒后、浴后、激动、羞愧均会出现面红耳赤，勿作病色。

31. 见嗜睡或昏迷，面色潮红或呈樱桃红色，呼吸急促、烦躁、多汗、瞳孔缩小、不对称，多提示为一氧化碳中毒症。

（三）黄色为脾胃之色，主虚证、主湿证

1. 面色淡黄，枯槁无泽为萎黄，多属脾胃虚弱，常见慢性消耗性疾病、失血、久痢、胃脘痛、贫血等。

2. 面目一身俱黄者称为黄疸。

3. 面目一身俱黄，色鲜明如橘皮色，属“阳黄”，乃湿热熏蒸之故。

4. 面目一身俱黄，色晦暗如烟熏色，属“阴黄”，乃寒湿郁阻之故。

5. 面黄而清黑暗者，多为瘀血兼挟湿热之征。

6. 面黄而泛赤者，为湿热证。

7. 面色淡黄，兼脘腹冷痛者，为中焦虚寒。

8. 面黄而皮肤干枯，肌肉消瘦，多见于胃阴虚。

9. 面色苍黄，腹部膨胀，青筋暴起，或面黄夹有红点、红纹如蟹爪夹杂者，为臌胀。

10．久病色黄能食者，多主内热。

11．面黄目赤，季肋痛滞，多主脾热。

12．面黄而昏暗，多是津液消耗。

13．面黄发热，身重体痛者，为湿在表。

14．面黄而体胖者，乃胃中有痰湿。

15．面色暗黄间有红点及血丝者，多为肝硬化腹水之征。

16．面色黄而虚浮，为黄胖，多为脾气虚弱，水湿内停，多见于钩虫病患者。

17．面色黄而泛赤，多为风热。

18．面微黄，喜哈欠、喷嚏、鼻流清涕、恶寒或发热者，乃风寒感冒。

19．面色黄兼青，为脾虚泄泻。

20．面黄白无泽者，为脾肺气虚。

21．面黄肌瘦，精神倦怠，饮食少，为脾胃虚弱之虚证。

22．面黄浮肿、食少乏力者，为慢性消耗性疾病。

23．面黄唇白者，多虚寒泄泻。

24．面黄，目窠下微肿者，为痰饮。

25．胖人面黄脉细者，或鼻头色黄者，为胸中有寒。

26．鼻尖青黄者，多为淋病小便难。

27．面为枯黄之色，是脾胃精气败露的颜色。多见于脾气将绝，胃气衰败。如肝硬化，肝癌后期。《望诊遵经》曰："承浆黄者，不治之病。口角黄者，脾绝之候也。面无精光如土者，脾绝也。"

28．妇女面如熏黄者，多为经脉不调。

29．新生儿周身皮肤、两目、小便发黄，其黄疸或浅或深，时间或长或短，名曰："胎黄"。

30．小儿面黄肌瘦，毛发稀疏憔悴、腹坚且大、青筋暴露者、为疳积。

31．久病之人，面色黄而明亮润泽，而印堂、鼻准为显，是胃气来复，病将转愈之兆。

（四）白色为肺与大肠之色。面色白中透红，两目有神，仍为健康之征。白色主虚证、寒证、脱血、夺气

1．面白少泽，淡白或㿠白，多为气虚或气血俱虚。

2．突然面色苍白或色白不泽，伴冷汗淋漓，多为阳气暴脱。

3．面无血色或黄白如鸡皮，多为失血血脱。

4．面色㿠白、气喘者，多见于肺痿。

5．面色㿠白虚浮，或苍白，或晦滞，多为阳虚。

6．面色皏然白，时咳短气，多汗恶风，主肺风。

7．面色㿠白，痰多清稀，鼻流清涕者，是为寒咳。

8．面白体虚者，为虚证。

9．印堂色白而口黄，或见色夭面脱者，多主病危重。

10．面色苍白，腹痛、泄泻、肠鸣腹胀者，多为中寒泄泻。

11．面色白亮浮肿者，多为阳虚水肿。

12．面白而干瘦者，多为血枯。
13．面色淡白者，多为肺胃虚寒。
14．面色淡白而消瘦，多属血虚及营养不良。
15．面白消瘦、颧红唇赤，五心烦热、盗汗、失眠，为阴虚火旺之征。
16．面色㿠白，身体紧缩，喜盖厚被者，为寒证。
17．面色青白，鼻尖冷，口气不热者，为寒证。
18．面色出现斑状色素脱失，别无其他不适，多为白癜风病。
19．面部白色，纵有红色或发热，多为虚火。
20．产妇口边色白或面色㿠白，直视肩息，主产难病危。
21．小儿面上有白斑点，多为虫征。
22．面色苍白，而心突突跳者，多为恐怖所致。
23．面色白，枯槁暗滞，多主胃气衰败。
24．面色白，明润光泽者，多主有胃气。
25．肝病见白色为难治之病。
26．面色白如枯骨，多主气血大虚，肺胃精气败露的颜色。
27．面色乍白乍赤而脉浮数者，多为惭愧之色，匆视为病色。

（五）黑色为寒水之色，为肾膀胱之色。主肾虚、寒证、痛证、水饮和瘀血

1．面青为阴寒水盛之色，由于肾阳虚衰，水饮不化，气化不行，阴寒内盛，血失温养，气血不畅，故面色黧黑。
2．颧与颜黑为肾病。如慢性肾上腺皮质功能不全，慢性肾炎等。
3．面黑干焦而齿槁，多为虚火灼阳，肾精久耗。
4．面色黑浅淡，多为肾病水寒。
5．面色黑而肿，腰脊痛，发脱齿槁，主肾虚骨病。
6．面庞然肿脊痛，色炲颐黑，为肾风病。
7．额上色黑，足下热，小腹满，为黑疸。
8．大吐泻后面黑者，主脱阳证。
9．鼻孔干燥，黑如煤烟者，多为阳毒热甚。
10．凡面色黑而暗淡者，不论病之新久，多属阳气不振。
11．面色惨然青黑者，多为中寒证。
12．眼眶灰黑者，往往是肾虚，或为水饮，或为寒湿下注之带下病。
13．鼻头微黑者，多为有水气。
14．面色黑目窠下微肿者，为水病。
15．眼下如烟煤者，多为痰饮。
16．面黧黑，喘满，心下痞坚，为胸膈间有“支饮”。
17．面色黧黑而肌肤甲错，属瘀血证。
18．面色黧黑，形瘦耳干燥，小便浊而有脂液者，为下消症。
19．面色惨黑带紫，邪气盛也，多为时疫病。
20．平常人眼下青黑，面色如蒙尘者，乃将病之兆。
21．眼角或青或黑者，主大病将发。

22. 面部气色如烟雾者，乃病将缠身之征。

23. 额、印堂、耳门、耳前、太阳处见黑色者，主病危重。

24. 面黑色光泽明润者，为有胃气。

25. 面黑色枯槁重滞者，为胃气败竭。

26. 面黑如炲者，是肾脏精气败露的颜色。多见于久病肾气将绝，胃气衰败，如某些恶性肿瘤，肾上腺皮质功能严重衰退的疾患等。

27. 面色苍黑，即指面色黑暗。主肾气虚、血虚及阴黄、黑疸。

28. 面垢，指脸似有污垢之状，多见于肝病、湿热证、伤暑、积滞证等。

29. 面尘，即指面色灰黑如蒙尘土之状。实证多主燥邪所伤或伏邪内郁；虚证多主肝肾阴虚。

30. 小儿面部有境界明显的圆形或椭圆形的淡白色斑片，上覆有少量灰白色糠状鳞屑，即单纯糠疹。可作为诊断蛔虫病的参考。

31.《望诊遵经》云："病人卒肿，其面苍黑者，死证也。真心痛，面黑四肢厥冷者，旦发夕死，夕发旦死也。头面青黑，眼小目瞪，身汗如油，邪入于脏，难治之证也。"

六、颜面部明堂全息诊断

（一）面部分属脏腑部位

明堂者，即鼻部，望鼻诊病早在《内经》中就有记载。从中医的整体观出发，鼻与脏腑、经络的生理、病理关系也十分密切，把望鼻诊病的知识用于实践。观察鼻的形态、色泽变化，可以反应诸脏腑功能之盛衰。正如《灵枢·五阅五使》曰："五色之见于明堂，以观五藏之气。"

鼻位居颜面中央，中央属土，土能生长万物，故鼻之部位属土，而与五脏六腑之功能有着全息相关共性。根据《灵枢·五色篇》的记载，将面部比喻为一座宫廷院落，鼻居中央，位置很高，故曰明堂。清代周学海《形色外诊简摩》说："明堂者鼻也，阙者眉间也，庭者颜也，藩者颊侧也，蔽者耳门也，其间欲方大，去之十步以外，皆见于外，寿中百岁矣。故明堂骨高以起，平以直，五脏次于中央，六腑挟其两侧，首面上于阙庭，五宫在于下极。"这是总结归纳了明堂部的排列分布大致规律。面部排列的大致部位见图7－1。

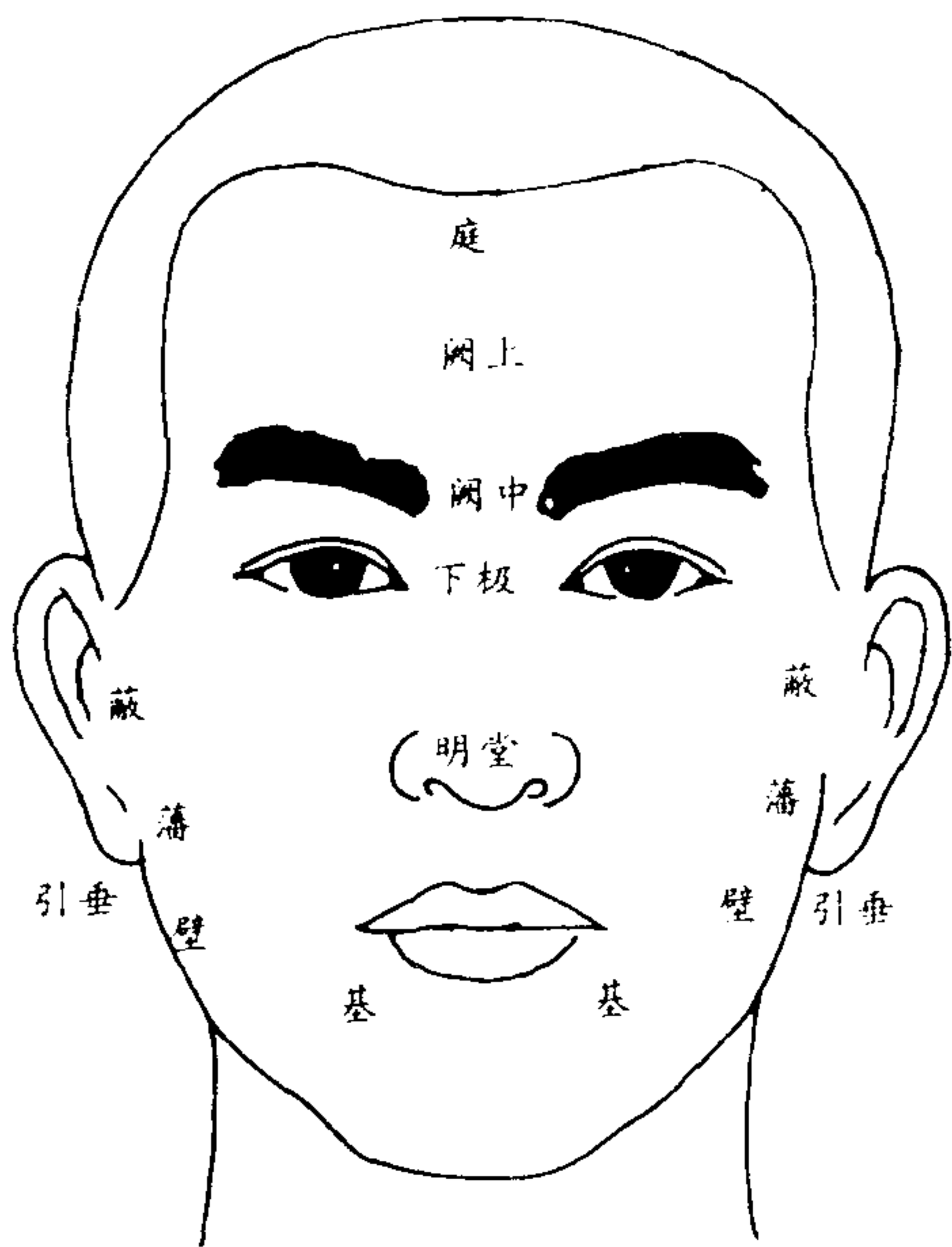


图7－1 明堂藩蔽图

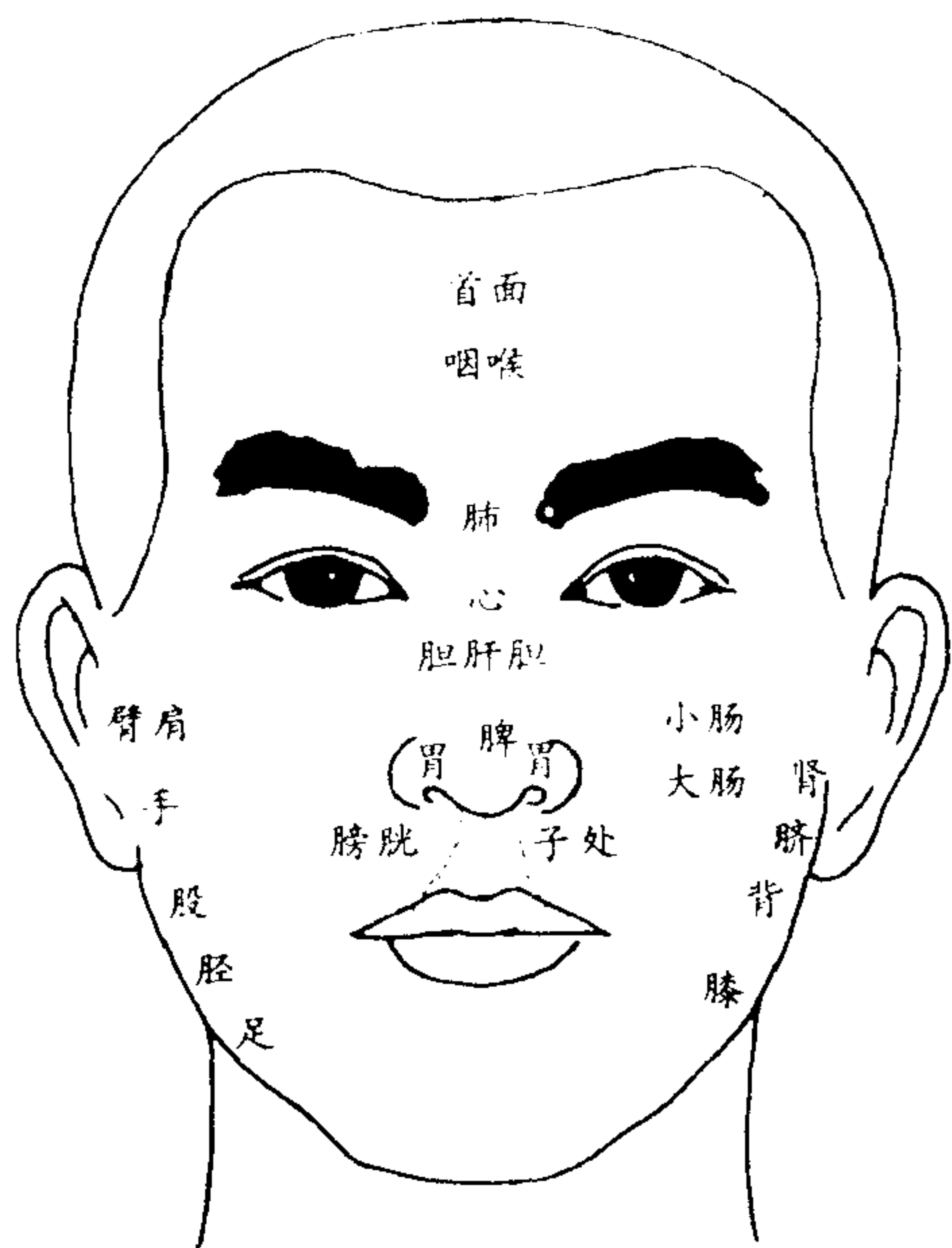
整个面部的名称分别为：明堂部代表着鼻，阙部则位于眉间；庭部则位于额的上部，阙上部则指额部的正中，阙中为眉间，下极则位于两眼之间，下极又名阙下；藩指的是颊侧，蔽指耳门。总之颜面各部位分属不同脏腑，与五色望诊结合起来，更能进一步了解病情，有助于临床对疾病定位、定性的判断。

（二）面各部分和脏腑肢节全息相关的位置

人体的五脏六腑和身形肢节，在颜面部都有各自的特定全息反映区域，具体脏腑身形

肢节在颜面部的分布部位信息见图7－2、图7－3。

如图总结归纳为：肺主阙中（两眉之间）；心主下极（两目之间）；肝主鼻柱部；脾主鼻头部；肾主两颊部；胆主鼻柱两外侧部；胃主鼻翼部；大肠两颧骨之下，鼻翼至颊之中间部；小肠主鼻头上方两侧、鼻与颧之间部位；膀胱、子宫主人中部；首面主前额部；咽喉主阙上（阙中稍上部位）；肩主颧部；颧之外则为臂所主；臂所主部位的下方为手所主；肾主部位稍下方为脐所主；目内眦上方为胸乳所主；耳门穴部为背所主；沿牙车以下的部位为大腿所主；上下腭角之间为膝所主；其稍下部位为足胫所主。《灵枢·五色篇》曰："庭者，首面也；阙上者，咽喉也；阙中者，肺也；下极者，心也；直下者，肝也；肝左者，胆也；下者，脾也；方上者，胃也；中央者，大肠也；挟肠者，肾也；堂肾者，脐也；面以上者，小肠也；面王以下者，膀胱子处也；颧者，肩也；颧后者，臂也；臂下者，手也，目内眦上者，膺乳也；挟绳而上者，背也；循牙车以下者，股也；中央者，膝也；膝以下者，胫也；当胫以下者，足也；巨分者，股里也；巨屈者膝膑也。此五脏六腑肢节之部也。"此外，在五脏热病中，面部色诊所见的五脏所主部位分布 规律又有不同，其具体内容是："肝主左颊，肺主右颊，心主额部，肾主腮部，脾主鼻部。"正如《素问·刺热篇》所说："肝热病者，左颊发赤；心热病者，颜先赤；脾热病者，鼻发赤；肺热病者，右颊先赤；肾热病者，颐先赤。"



7－2 面部脏腑肢节分布部位图（正面）

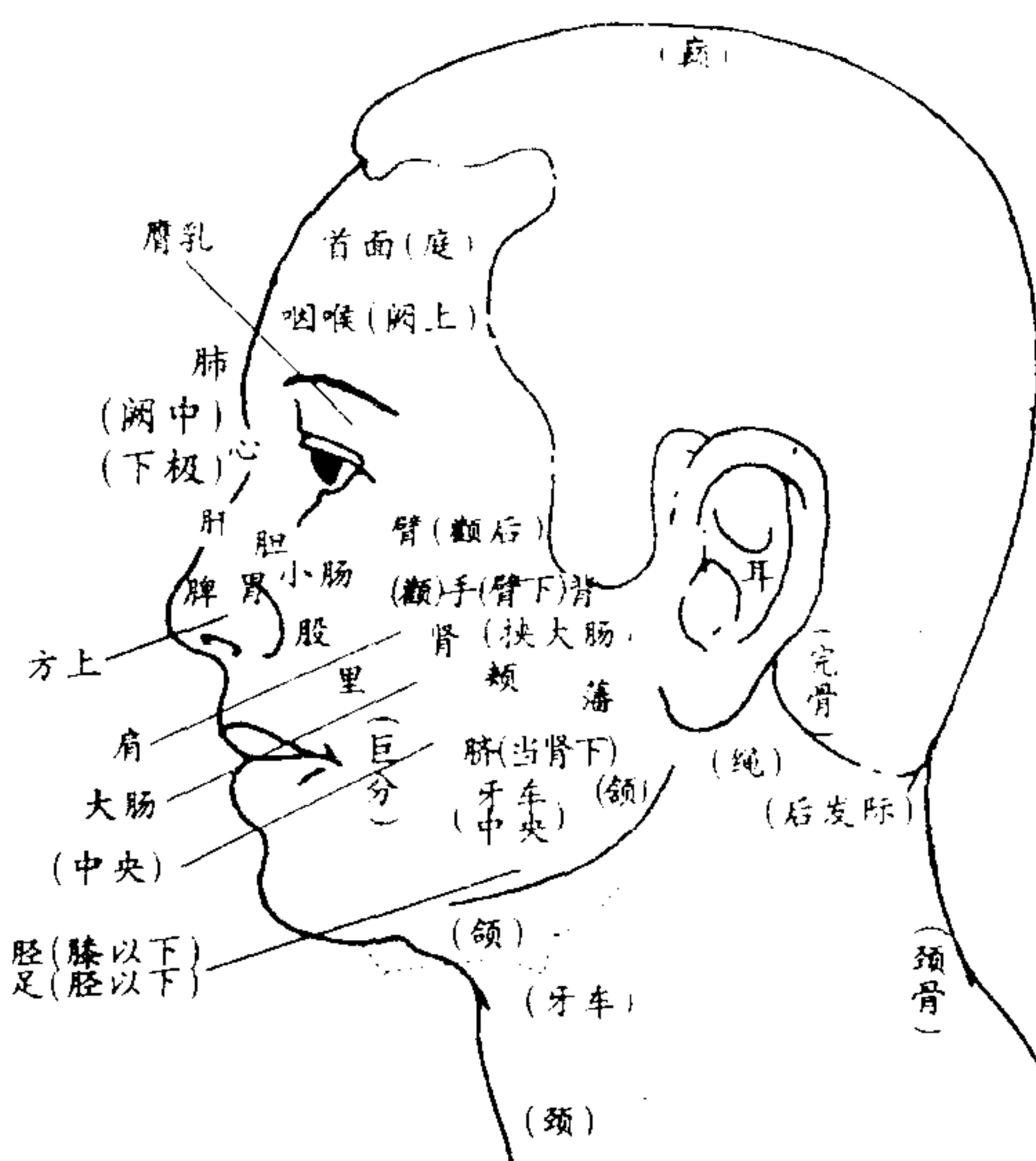


图7－3 面部脏腑肢体相关部位

以上为中医明堂分部望诊的内容，足见"脏居于内，象见于外"的全息对应关系。察看脏腑形体肢节在颜面部的分布，可以提示疾病病位，临证时根据病色出现的具体位置，就能够判断其大致病位。

七、颜面部部位分属及望诊

(一) 面部部位分属(图 7-4)

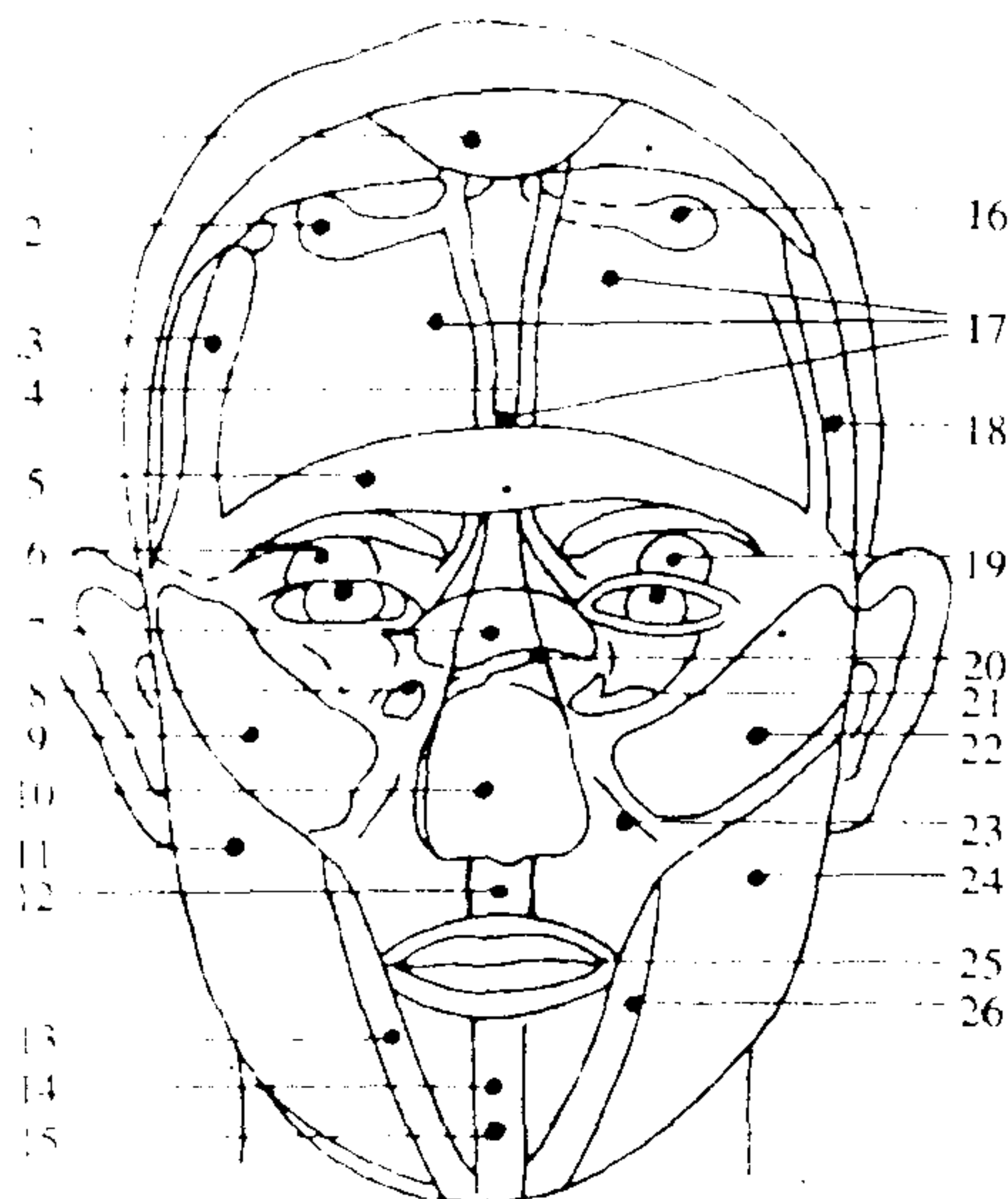


图 7-4 面部望诊分属部位图

1. 膀胱、子宫 2. 右卵巢、右睾丸 3. 升结肠 4. 输尿管 5. 横结肠 6. 右肾 7. 胰 8. 右肾上腺 9. 肝 10. 胃 11. 右肺 12. 食道 13. 右支气管 14. 甲状腺 15. 咽喉 16. 左卵巢、左睾丸 17. 小肠 18. 降结肠 19. 左肾 20. 十二指肠 21. 左肾上腺 22. 脾 23. 膈膜 24. 左肺 25. 心脏 26. 左支气管

1. 膀胱、子宫区：在前额上部的正中处，与发际接近。

2. 右卵巢、右睾丸区：在前额的右上部，右眼瞳孔直上，发际1横指处。

3. 升结肠区：额角外上方，发际下2横指的颞区。

4. 输尿管区：在前额中部，印堂穴直上2横指处

5. 横结肠区：在前额下部，两眉上1横指处，呈一带状区。

6. 右肾区：在右眼球直上的眼睑处。

7. 胰区：在鼻梁正中部，印堂穴下1横指处。

8. 右肾上腺区：在鼻梁右侧（鼻软骨右侧缘），右眼内眦正下方。

9. 肝区：在右侧面颊部，稍偏外侧处。

10. 胃区：在鼻尖处。

11. 右肺区：在右眼外眦直下，颧骨下缘，与鼻翼下端的同一水平处。

12. 食道区：在鼻与上唇的人中沟之正中处。

13. 右支气管区：右侧嘴角下方的1横指处。

14. 甲状腺区：在下颌部，下唇的下方，颏唇沟中央的凹陷处。

15. 咽喉区：在下颌部，在甲状腺区的下方1横指处。

16. 左卵巢、左睾丸区：在前额左侧上部左眼瞳孔直上发际下1横指处。

17. 小肠区：在前额正中部，印堂穴直上1～2横指之间处。

18. 降结肠区：在左侧额角中部，颞区发际处。

19. 左肾区：在左眼球直上的左眼睑处。

20. 十二指肠区：在鼻中部之左侧，左眼内眦的下方处。

21. 左肾上腺区：在左侧鼻软骨边缘，左眼内眦正下方处。

22. 脾区：在左侧面颊部，稍偏于外侧处。

23. 膈膜区：在鼻翼左侧旁，鼻唇沟之中部。

24. 左肺区：在左眼外眦直下，颧骨下缘，与鼻翼下端的同一水平处。

25. 心脏区：在两嘴角处。

26. 左支气管区：在左侧嘴角下方的1横指处。

（二）面部望诊　凡欲通过面部望诊而自诊自测疾病者，平时应常自照镜子，注意自己健康时面色面容及面部各个部位的形色，一旦机体某部位患病，并及时对照面部相应部位，进行验证和诊断，经过几个月实践和观察，就能熟练掌握面部望诊法。一般而言，如发现面部望诊分属部位的某个部位有斑点、皱纹或丘疹，或疙瘩等，表明身体这一部位可能出现了病变。更具体一点说，由于面部出现的变异性质不同，其反映的病理性质也各不相同。比如：

1. 皱纹和斑点提示机体功能失调。

2. 小疙瘩和红丘疹，表明机体该部位病菌侵入血液，即出现炎症。

3. 两颊出现青黄色，多是肝病及其他消化系统疾病。

4. 眼胞肿胀及发红等，提示肾脏出现病变，如急性肾炎及肾盂肾炎等，晨起眼胞肿胀甚为明显。

5. 巩膜黄染，表明有黄疸，或为肝胆疾病。

6. 出现雀斑，除提示相应内脏发生病变外，也提示内分泌紊乱、肝气郁结及妇女月经不调。

7. 鼻两侧及面颊部出现黄褐斑，多提示有肝病或肝气郁滞。

8. 面部出现痤疮，除示该相应部位有炎症病变外，亦提示多有肺胃蕴热。

9. 嘴角糜烂，提示心火过盛。嘴及口唇青紫，提示患心脏病。

八、颜面部外形全息望诊

（一）面部外形全息望诊的重要性

人的面部外形有长脸形、方脸形、圆脸形和胖瘦之分，构成了千姿百态的面孔，面部的外形也与机体内在脏腑的坚脆盛衰有密切的全息相关性。当病人患病时，由于病人的情绪和疾苦，常常出现痛苦、忧虑、或疲惫的面容，特别是当疾病发展到一定程度和阶段时，往往会出现具有特征的面容，因此，观察患者的外形全息特征，不仅可以了解局部的病变，还可推测脏腑的盛衰，对某些疾病具有十分重要的诊断学意义。

（二）常见的疾病面容

1. 胖脸　胖脸人多喜静不喜动者，多为阳气不足，痰湿停滞，中风，暴厥等病易得。

2. 瘦脸　脸瘦人瘦，易患阴虚、血亏、相火亢盛及劳嗽；多喜动，善思谋，多忧虑。

3. 面部浮肿　常见的全身性疾病有肾炎，心脏病，肝炎、肝硬化等。常见局部性疾病有神经性血管性水肿，过敏性皮炎，外伤，炎症及五官疾病等。

4. 面部两侧不对称　一侧面部过大或过小，半边肥大或半边萎缩，常见于先天性一侧肥大，一侧有血管瘤、斜颈，单侧面肌萎缩症，脑外伤、脑炎等。

5. 腮部肿痛　一侧或两侧腮部（以耳垂为中心）突然肿起，耳垂向上、向外推移，肿胀部位表面皮肤不红，边缘界限不清，多见于儿童，为流行性腮腺炎。

6. 口眼歪斜　口目歪斜不正，一侧眼睛难以闭合，额部皱纹消失，口角斜向健侧，鼻唇沟消失。多见于中风和面神经麻痹等病证。

7. 头摇　患者头部不自觉地摇动或摇摆，难以自制。多见于动风病证。

8. 颜面色苍白　面部气色白而略发青。多见于贫血或末梢毛细血管充盈不足所致。

9. 急性热病面容　患者面色潮红、烦躁、倦怠、表情痛苦、鼻翼煽动或见口唇泡疹，或见汗出，常见于急性发热性疾病，如流感、肺炎、化脓性扁桃体炎、化脓性脑膜炎、疟

疾等。

10. 慢性病面容 面容憔悴瘦削、面色晦暗或皖白、萎黄、目光黯淡呆滞、多见于久病和慢性消耗性疾病，如恶性肿瘤、肺脓疡、痨病、慢性肠炎等。

11. 肺痨面容 面色苍白、两颧粉红、面肉消脱，多伴有低热盗汗，咳嗽咯血，提示患有肺痨病（活动性肺结核病）。

12. 甲亢面容 又称“惊恐面容”。面部消瘦，眼球突出、目光炯炯有神，上眼睑挛缩，表情惊愕，面部潮红，烦躁易怒。提示患有甲状腺机能亢进。

13. 二尖瓣面容 面颊紫红，口唇轻度紫绀，面色晦暗，形羸气短，严重者伴有颈静脉怒张、腹水、浮肿等，常见于风湿性心脏瓣膜病二尖瓣狭窄病人，亦可见于生活于高原人和正常人。

14. 满月面容 面圆如满月、面色红润，女性病人头发稀疏、生胡须、伴有痤疮，常见于皮质醇增多症及长期应用肾上腺皮质激素者。

15. 苦笑面容 又称“痉笑面容”可见面肌痉挛，牙关紧闭，口微张开，似苦笑状。见于破伤风病人。

16. 假面具面容 又称“面具脸”。面部肌肉运动减少、面部刻板，目光呆滞、毫无表情、口角流涎、如戴面具状。常见于震颤性麻痹、双侧面瘫、脑炎、脑外伤、锰中毒等病人。

17. 肢端肥大面容 患者见头颅增大，额部皱纹多，面部变长，下颌增大，皮肤增厚，两侧眶缘突出，两睑增厚，两颧部隆起，两耳肥大，鼻宽长大，口唇肥大。见于患有肢端肥大症的病人。

18. 系统性红斑狼疮面容 面部出现多形性和多变性的水肿性红斑或紫红斑，尤其是鼻颊两侧，多见蝶形皮损斑，皮损接触紫外线后明显加重，多同时伴有见于指趾末端、四肢、躯干等部位的红斑，皮疹，紫红斑等。提示患有系统性红斑狼疮，应做进一步检查，以便确诊。

19. 狮面面容 见前额及眼周围呈现结节性肿块，高低不平，眉毛头发脱落，面部皮肤肥厚紧张，正常表情消失，耳垂肥大，形如狮面状。见于患有瘤型麻风的病人。

20. 粘液性水肿面容 面部壅肿，以眼眶周围及颊部为甚，压之无凹陷，肤色苍白干燥或枯黄，缺乏光泽、睑厚面宽、鼻、唇、舌增厚、头发干枯稀疏，眉毛自外向内脱落、表情淡漠，呆板，男性胡须生长慢。常见于甲状腺功能减退症，与甲状腺发育不全、甲状腺本身病变、手术或放疗有关。

21. 面神经麻痹面容 神志清晰，一侧面部表情肌瘫痪，口角歪斜或下垂，额纹消失，病侧鼻唇沟变浅，流口水、眼睑不能闭合或闭合不全。提示患有面神经炎病。

22. 脱水面容 眼窝凹陷、颧骨高耸，鼻梁隆突，神情呆滞、目光黯淡、反应迟钝、唇干起皱或开裂，面容干枯无华，皮肤弹性差。提示病人处于脱水状态。

23. 伤寒面容 病人表情淡漠，目光呆滞，反应迟钝，对周围事物缺乏兴趣，呈无欲状。对伤寒有诊断意义。但其他病所致毒血症及休克初期有时也可见到类似面容。

24. 阿狄森氏病面容 面部面色棕黑或褐黑色，甚至有焦煤色色素沉着，分布不匀，呈块状或片状，口唇上有大小不等的点、片状的蓝或蓝黑色素沉着，肤色干枯不泽，精神抑郁，表情淡漠，注意力不集中。对阿狄森氏病的早期诊断有重要价值。

25. 肝病面容　面色苍黄无华或青，片状色素斑块，面容憔悴，面、颈、上胸、背、两肩及上肢可见蜘蛛痣或毛细血管扩张。常见于慢性活动性肝炎、肝硬化、肝癌病人。

26. 垂危面容　又称“病危面容”，“希波克拉底面容”。面色苍白或呈铅灰色，目光暗淡，眼周塌陷，表情淡漠，意识时清时昧，有冷汗。见于危重久病患者，主要提示病人的生命垂危，预后不良。

27. 呆小病面容　又称“愚蠢状貌”。面部可见脸宽、额低、有皱纹、两眼距增宽、眼睑、浮肿、眼裂小而有睡意、鼻梁扁塌、鼻尖上翻、唇厚舌大、口常张开、舌伸出口外、伴有流涎、表情呆滞、反应迟钝、颜面皮肤粗糙，呈非凹陷性水肿。呆小病是甲状腺功能减退在婴幼儿期的一种表现，是由甲低所致的发育不良现象。

28. 强哭强笑面容　面部可见表情淡漠，对周围所发生的事物不关心。在受到情感刺激或无明显原因，病人会一反常态，呈现时间长短不一的似哭或似笑面容，病人自己不能控制。见于假性球麻痹病人。

29. 麻疹貌　患者眼结膜充血、眼睑浮肿、畏光、流泪、并有喷嚏、咳嗽、声音嘶哑等，是麻疹的早期表现，出现早于皮疹，对麻疹有早期诊断意义。

30. 矛盾性精明面容　又称“猫叫面容”。面部特征为：头部呈小头畸形，满月脸，眼距过宽，内眦赘皮，外眦下斜，斜视，耳廓小而位低，下额后缩，表情呆板，智力低下，哭声如猫叫。见于猫叫综合征，是一种常染色体异常性疾病。

31. 拉森氏颜面畸形　面容为前额突出，颜面平，鼻梁低平、眼距增宽、眼眦异位，下颌小并有腭裂。还可有肢体大关节脱位、足畸形、圆柱状指、先天性心脏病等。见于腭裂一先天性脱位综合征，属常染色体隐性遗传性疾病。

32. 三硝基甲苯面容　病人面色苍白，口唇，耳壳呈青紫色。见于三硝基甲苯中毒。由于贫血及高铁性血红蛋白血症，面部常出现上述面容。

33. 郝秦生氏面容　由于双侧动眼神经麻痹、上睑下垂以致影响视物，故见终日扬眉皱额，显出一副忧愁悲哀之状。见于脊髓痨病人。

34. 斧头状面容　病人面部明显消瘦，额部平坦、眼睑下垂、颧骨隆起，口微张，整个头面外形轮廓呈上大下尖如斧头样。见于营养不良性肌强直的病人。

35. 肌病面容　见病人上睑稍下垂，处于半张状态，额纹和鼻唇沟消失，表情运动减弱或丧失，嘴唇肥厚突出，口、眼闭合均无力，不能皱额，鼓气和吹口哨。见于面肩肱型肌营养不良症。

36. 先天性卵巢发育不全症面容　从耳延向肩部的皮片皱襞、形如蹼，左右对称，故称蹼颈。同时，其两耳较小、下颌较小，后发际低，颈短、身材矮小、表情呆滞。见于先天性卵巢发育不全症。

37. 广播外貌　病人面部见有目光呆滞、表情单调、反应迟钝。见于智能缺陷患者。

38. 舞蹈病面容　病人皱眉、闭眼、耸额、耸肩，同时伴以四肢乱动，注意力集中时明显，睡眠时消失。见于风湿性舞蹈病，手足徐动症、肝豆状核变性、大脑性瘫痪等。

39. 肝豆状核变性面容　面无表情、呆滞、双目凝视、张口流涎。多见于肝豆状核变性，也见精神分裂症，假性延髓麻痹及癔病。

40. 脑积水面容　面部见头颅明显增大，面部相对很小、眼球突出、常向下转、显露上部巩膜、可伴眼球震颤、斜视等。见于各种原因所致的脑积水，如外伤感染、肿瘤及先

天发育不全等。

41. 早老症面容　面容似瘦老头样，头大面小，下颌尖，两眼突出，鼻突出且尖，唇薄，两耳竖起向前，多有畸形，发疏眉稀，面部布满皱纹。见于早老症。

42. 先天愚形面容　面部可见眼距宽，两眼外侧上斜，鼻梁低，口半张，舌伸出口外，流涎多，耳廓小或畸形，多伴体格和智力发育障碍。见于先天愚型。

43. 鼻梁塌陷　可见患者鼻梁部向下凹陷，多见梅毒，麻风病后期、鼻梁外伤骨折而塌陷。

44. 马凡氏面容　呈长方头畸形，面狭长，两眼斜视、两睑及眼球震颤，两眼晶状体呈对称性向上方脱位等特征和身材高、四肢长、心脏损害等表现。

45. 酒渣鼻　病人见有鼻准、鼻翼及邻近颜面皮肤潮红油润之红斑，上见丘疹、脓疱，以及表皮增厚，粗糙似酒渣附丽。见于酒渣鼻，多属肺胃积热证，热毒炽盛证。

46. 黄褐斑　面部有斑片状黄褐色或深褐色色素沉着，多在前额、面颊、口鼻四周，呈对称分布，生于鼻及颧部者常融合成蝶状，大小不等，形状不规则、表面光滑、见于妊娠期妇女、中年男子及肝病患者。

47. 雀斑　本病发生于面鼻部，也可见于颈、手背等暴光之处。多属火郁证，水亏证。

48. 粉刺　指好发于颜面部，也可发生于胸、背等处的一种挤之有白色粉浆的黑色米粒样丘疹。多见于男女青春期，成年后常自愈。

49. 白癜风　又称“白驳风”。指皮肤上出现大小不等之乳白色斑块，与正常皮色分界明显，斑内毛发变色，无痒痛感的慢性皮肤病，任何部位的皮肤均可发生。

50. 白化病　又称“眼一皮肤白化病”，是一少见的隐性的遗传病，有毛发、眼及部分或全部的皮肤色素缺乏。毛发细丝状淡黄色，双侧瞳孔为红色，虹膜淡蓝或粉色，常有畏光、流泪、目球震颤及散光等。

九、中医相面与全息望诊

中医的相面内容中的诊法部分，与全息望诊内容和全息心理学方面的内容有相同之处、通过对人体的观察，根据人的神色、形态、五官、骨骼、手纹等来推算人的心理状态，体质强弱、智商高低，预测疾病的发生、发展、转归以及生育，寿命等是有科学道理的。如通过外在的现象，了解其内在和其它部分的变化，这一点与全息医学中局部是整体的缩影的理论有相同之处。因此，有必要对相面诊法进一步研究，吸取其精华、废弃其糟粕，以丰富全息诊法和中医望诊的理论知识。下面简单介绍中医相面的内容：相面诊法与全息望诊有很多一致的地方。如相面中说：“气色之本源，乃由心肝脾肺肾五脏而发”。“病人眼有神气者生，气脱者死；天柱正、目活者生，目低项下者死”。相面还认为：“掌中多汗，心劳体苦”，即心劳体苦可导致脾胃受伤出现掌中多汗；“面红色重性暴”与肝阳上亢相吻合；“面青多阻”与肝郁气滞的面色相符；“口唇青而蓝靛者灾而夭，昏黑又暗者疾苦恶死”与气滞血瘀、阳气衰微相吻合；“法令纹入口主饿死”，临床上见于食道癌（噎膈）患者；“红在年寿，准头主血疾”，与肺脾蕴热的衄证相吻合；“青在年寿，准头主病”，与肝木克脾土之证相等。由于相面诊法与临床相符合，故古典医籍颇多记载。如《四诊抉微》曰：“明堂广大者寿，小者殆，况加疾哉。按此语，即相家贵隆准之说”。《形色外诊简摩》一书也引用了《神相全篇》中关于五形五色五声的论述。

相面诊法对望神的重要性。相面认为“藏者如美玉明珠、其光蕴静中，坐久乃见”，神藏者性情稳定，有主见，很少感外邪。但因心力交瘁，常于中年之后发生阴阳气血虚弱，患重病、急病。神“静者，目光清静，明月如秋”，为性格平静内向，易患慢性疾病。神“急者，言语急，行步急，饮食急，喜怒急者是也”，神急者大多体型削瘦，眉毛粗重，肝气虚而胆气有余，多断而少谋，常是事简则成，事乱则败，然终不悔，多为阴虚体质。神“昏者，双目虽大而茫然无光”，为先天不足、五脏俱衰之征，若不坚持治疗则会死亡。老年人神昏者，多为肝肾阴虚，肝风内动的征象，中风暴亡的可能性很大。神“惊者、神怯而如惊，其色屡变，茫然如失”，常有三白眼、四白眼、眼频回转，目青口常动、行坐饮食间常有惊骇之状，多疑少断，证属胆气不足。神“脱者，脱而天气，状如木土偶人”，这种人眼睛常常无神，为五脏之气已竭之征，“若有此候，活不过一年；若能发狂，或免绝命”。

相面诊法对部位则认为：两眉锁皱、山根细小、气色青黑、三阳部位发暗为心痛、忧郁不解之征；两眼发红、颈部筋粗、气色枯槁、为郁怒之征；满面青黄、精神萎靡、口唇苍白、消化不良、形瘦为脾虚湿滞生痰之征；咳血吐血哮喘寒热的分型在于颧部，色红属肺火，色黑属寒证；耳黑额黑面色乌暗，眼睛昏暗为房劳证；山根低小面色黑黄、眼窝深陷、鼻梁低塌为蛊胀病；肾亏筋弱、跌扑损伤会影响到鼻骨山根部位；眼睛昏暗、两眉粗压、神不清爽、目光蒙昧为伤寒房劳阳缩之征；面色污垢暗黄神昏伴肤色发黑者属寒证；精舍暗黑为心痛重证；胡须浓密围困口唇、法令纹入口、面色发黑要考虑发展为噎膈病；面部皮肤皱纹多、眼神急躁、形瘦气短、鼻似剑峰、脊背单薄、颐部无肉、牙龈萎缩为痨病：年寿之间肤暗色黑是肠燥痔疮便血证；眼眶深陷、眼神黯淡、眶下色暗干枯是纵欲伤肾之征；两颧暗黑有许多黑色斑点、嘴唇发黑是肺寒证；面色发白、口唇发青、头发淡黄为脾弱肝虚的盗汗证；面色白光白枯槁、肿胀或削瘦、眼睛昏暗是阴虚重证；形瘦露筋，面色黑赤，头发眉毛无光泽，山根低小多为瘰疬；满面暗黑如烟熏，三阳干枯凹陷，眼睛无神彩是阳萎；病情虽重、眼神清朗、转动灵活、耳廓润泽为转危为安；带下者面色黄白无光泽；肾俞穴陷皮枯立死。

相面诊法对季节色泽的认识：“青春定向三阳（两眼）取，夏季还当印堂求，秋天只观年寿上，冬季地阁白光浮”。就是说，春天，三阳部位宜色清，三阳、卧蚕、鱼尾隐隐带青色为肝气条达的表现。如色青而暗滞为肝郁不舒。夏天，山根、印堂部位当红在皮外，紫在皮内，是心情舒畅的象征。如发在其它部位，多因燥烈而得，为心火旺盛，阳盛火旺，伤津耗液之征，若赤中紫黑者主凶主危，然赤中带青带黄，形如花朵者尚有可救。秋天鼻色宜黄白隐隐带红，为脾胃正常之征。冬天，地阁色宜白不宜黑，为肾精得藏之征，若现黑色为肾不藏精，黑成点状为膀胱之色，主三七日死。若黑色发在天庭（水克火），黑色不开，如盈靛者主死。但黑而明亮者尚可救治。五色中黑色不论何时何部出现，均为凶兆，正常人面部只宜出现青、赤、黄、白四种颜色。

第二节　颜面部全息治疗

面针全息疗法是针刺面部的特定穴位来治疗全身疾病的一种方法，它是从面部全息望诊理论的基础上发展而来的。

一、面针穴点定位及主治（见图7-5）

1. 首面穴：位于额正中点（前正中线上，前发际中点与眉心连线之中点），有醒脑镇痛功能，主治头痛、头晕及头面五宫诸疾。

2. 肺穴（即印堂穴）：位于眉心，即两眉内端连线的中点，有清肺化痰、镇咳平喘功能，主治咳嗽、哮喘等呼吸道疾患。

3. 咽喉穴：位于首面穴与肺穴连线中点，有清热、消炎、利咽消肿功能，主治咽喉炎、扁桃体炎。

4. 心穴（山根）：位于两眼目内眦连线中点，有宁心安神功能，主治失眠、心悸等心神疾患。

5. 肝穴：位于心穴下，正当鼻骨下缘接鼻软骨处，有疏肝、理气、止痛功能，主治肝炎、胆囊炎、胁痛。

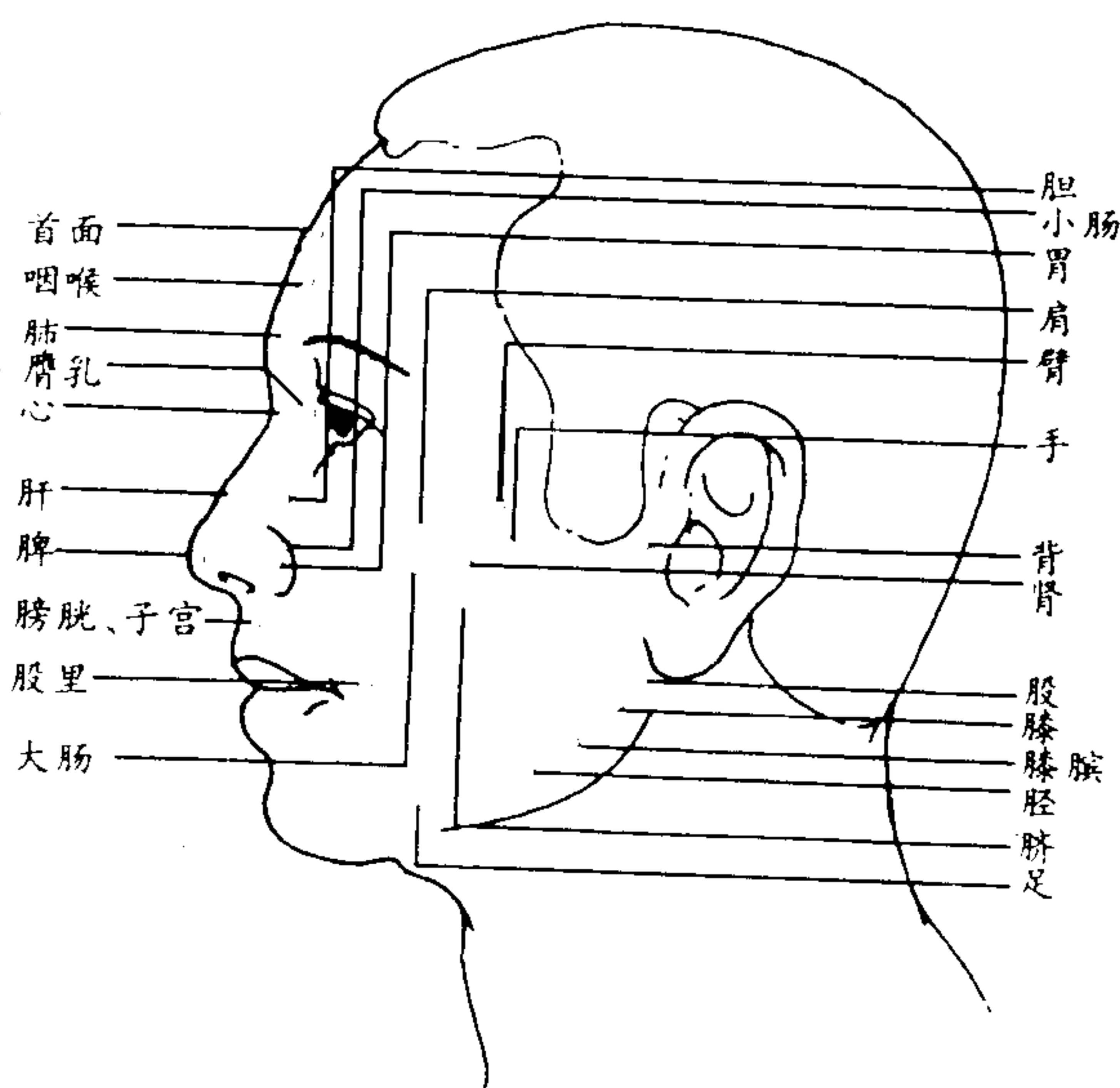


图7-5 面针穴点示意图

6. 脾穴（即素髎穴）：位于鼻尖端处，有健脾益胃功能，主治纳呆食少、泄泻。

7. 膀胱、子宫穴：位于人中沟中点，有利尿、消炎、通经、止痛功能，主治尿闭、痛经、闭经。

8. 胆穴：位于肝穴两侧，眼内眦角直下，鼻梁骨下缘，有利胆和胃功能，主治胆囊炎、消化性溃疡、恶心、呕吐。

9. 胃穴：位于脾穴两侧，鼻翼的中央，有降逆止呕、理气止痛功能，主治胃痛，呕吐、呃逆。

10. 膺乳穴：位于心穴与眼内眦中点，有活血、通络、利乳功能、主治乳少、乳癖。

11. 小肠穴：位于胆、胃穴连线中点的外方，有调整肠胃气机功能，主治消化性溃疡，胃炎、泄泻。

12. 大肠穴：位于眼外眦直下方，颧骨下缘处，有调整肠道气机功能，主治腹痛、腹泻、便秘。

13. 肾穴：位于大肠穴外方，鼻翼水平线与太阳穴直下垂线相交处，有补益肾气、利尿止痛功能，主治肾虚诸症及尿少、尿痛。

14. 脐穴：位于肾穴下3分，有温中、理气、解痉止痛功能，主治腹痛、泄泻。

15. 背穴（即听宫穴）：位于颊部中央外后方1寸处，有活络止痛功能，主治腰背疼痛。

16. 肩穴：位于眼外眦直下处，胆穴外方，有理气、通络止痛功能，主治肩臂疼痛，伸屈不利、落枕。

17. 臂穴：位于肩穴后方与下关穴直上交点处，有消肿止痛功能，主治肩臂肿痛。

18. 手穴：位于臂穴下方，颧骨弓下缘处（约大肠穴与背穴连线中点），有通络止痛功能，主治手部肿痛诸症。

19. 股里穴：位于上下唇吻合处，口角旁1.5毫米，有通络止痛功能，主治股内侧

痛。

20．股穴：位于耳垂与下颌角连线中上$^1/_3$交界处，有活血通络止痛功能，主治大腿扭伤、腰腿痛。

21．膝穴：位于耳垂与下颌角连线中下$^1/_3$交界处，有消炎利肿止痛功能，主治膝部肿痛（关节炎、扭伤等）。

22．膝膑穴（即颊车穴）：位于下颌角内上方凹陷处，膝穴下5分，有活血通络止痛功能，主治膝、膑损伤。

23．胫穴：位于下颌角前方，下颌骨上缘，膝膑穴下5分，有活血通络、镇痉止痛功能，主治踝关节扭伤、腓肠肌痉挛。

24．足穴：位于眼外眦直下，下颌骨上缘处，胫穴前下5分，有消炎利肿止痛功能，主治足部肿痛。

二、配穴原则

选取和配伍穴位应以中医基础理论的脏腑、经络学说作依据，主要有四条原则。

1．辨证选穴：如治疗高血压头晕头痛，除选用首面穴外，尚须辨明其病证是肝阳上亢型抑或肾水不足型，而分别配用肝穴或肾穴；情志不畅或心烦易怒如因肝气不疏引发，则应取肝穴，以发挥其疏泄功能。

2．按生理、病理关系选穴：如肺主气，司呼吸，咳嗽、气喘可取肺穴；同时肺又“主皮毛”，也取肺穴以治皮肤病，并在针麻手术中切皮止痛常选用肺穴；因“心藏神”，心穴可治疗失眠、健忘、心悸、心痛；因“肾主骨”，“腰为肾之府”，骨折、腰痛病人除选用病伤相应部位穴点外，尚应配用肾穴；因“肝开窍于目”，故眼部疾患应配用肝穴等。

3．按病变的脏腑器官或部位选穴：以五脏六腑命名的穴点自然可治疗相应脏腑器官的疾患，以部位命名的穴点能治疗该部位的病伤，如心穴治心神病变，胃穴治胃病，背穴治背部疾病，咽喉穴治疗咽喉部疾患等。

4．按敏感点选穴（即阿是穴）：由于全息对应关系和经络的联系，脏腑器官发生病变时，均可在面部（或其它全息元）相应穴点出现反应，用毫针针柄或经络探测仪探棒在面部一定区域按压、探测，发现疼痛或异常敏感的部位，即是治疗穴点，可配用之，收效更好。

三、操作方法

行面针全息治疗时，应选准面穴，严格消毒，掌握进针要领，操作轻柔。

1．定位：根据疾病的诊断确定处方。如果探查不到敏感点，就按面针穴点进行治疗。

2．消毒：包括针具消毒和皮肤消毒（病人面部及医生手指）。因面部血管丰富，如消毒不严，则容易引起感染。

3．针刺方法：用30～32号、15～40毫米之毫针，在所选穴点按毫针刺法操作。得气后，一般留针15～30分钟，慢性病或疼痛性疾病留针时间可适当延长，儿童、老人不宜留针。留针期间每5～10分钟行针一次。或用皮内埋针、加用电针治疗。每日或隔日治疗一次，十次为一疗程，二疗程之间可休息3～5天。

四、适应症

面针全息疗法应用较广，针灸临床上的一般疾病均可用之治疗。

1．治疗与面针穴点名称相同脏器疾患。如肺穴治疗呼吸系统病，胃穴治疗消化系统

病，心穴治疗心血管系统病等。

2. 治疗各种痛证，如关节肿痛、肌肉痉挛疼痛、痛经、结石绞痛等。

3. 各种特殊病症，如少乳、缺乳、肛裂、痔出血等。

4. 手术时作针刺麻醉镇痛，如阑尾切除术、胆囊切除术等。

5. 用于纤维胃镜检查之镇痛。

五、注意事项

1. 因面部居于身体首要部位，血管又非常密集，应注意严格消毒，防止感染。要避开瘢痕组织，以免引起出血或疼痛。

2. 面部神经丰富，非常敏感，进针应尽量轻柔，避免进针过深和刺激过强，以减少疼痛，防止晕针。

3. 起针时要用无菌干棉球按压针孔片刻，以防出血或形成血肿。

六、禁忌症

面针治疗较为安全，无绝对禁忌症，但一些特殊情况亦须注意：

1. 严重心脏病人不宜使用。如需采用，手法要轻，防止强刺激。

2. 面部穴点处如有红肿、疮疖，或溃疡、外伤时，暂不宜针刺。

3. 孕妇在怀孕40天至3个月间不宜针刺，以免引起流产，特别针刺子宫等穴，要减小刺激强度。

4. 如患有出血性疾病，或有高热、心衰等病患者，宜慎用面针治疗。

七、常见病面针治疗处方

（一）高血压病

1. 主穴：心、肝、肾穴。

2. 配穴：头痛、头晕者加首面穴，胸闷者加膺乳。

3. 取穴依据：心主血脉，肝主藏血，血液充盛，血行通畅，心有所主，肝有所藏。肝阴充盛得以制约肝阳不致亢奋。取心、肝两穴可调节血量，宁心安神，平肝潜阳；肾主水，藏精，取肾穴以滋阴潜阳，平肝熄风；首面穴可调节中枢神经系统功能，安神催眠，止晕镇痛；膺乳穴可收宽胸理气之功。

（二）头痛

1. 主穴：首面穴。

2. 配穴：肝阳头痛者加肝穴；气血不足者加脾穴、胃穴。

3. 取穴依据：首面穴为相应部位取穴，行气活血，通络止痛；肝穴平肝潜阳，清热熄风，镇痛；脾、胃穴健脾益胃，益气养血，使气血充沛，则髓海得以濡养而头痛可愈。

（三）急性咽炎

1. 主穴：咽喉穴。

2. 配穴：肺穴。

3. 取穴依据：咽喉穴为相应部位取穴，利咽消肿；肺经气管与咽喉相通，清肺可利咽止痛，故取肺穴。

（四）慢性咽炎

1. 主穴：咽喉穴。

2. 配穴：肺、肝、脾穴。

3．取穴依据：肝穴疏肝理气，气行利咽；脾穴可健脾益气，利湿祛痰，共助咽喉穴、肺穴利咽之功。

（五）支气管炎

1．主穴：肺、咽喉穴。

2．配穴：肝、脾、膺乳、大肠穴。

3．取穴依据：肺穴宣肺止咳，咽喉穴可宣畅气机；肝穴可平肝降气，止咳平喘；脾穴可健脾利湿、祛痰；膺乳穴可宽胸理气，调畅气机；大肠与肺相表里，若为风热咳嗽，多取大肠穴以清热疏风，宣肺理气。

（六）肩关节炎

1．主穴：肩穴。

2．配穴：臂、背、手穴。

3．取穴依据：肩穴为相应部位取穴，可通经活络止痛；三个配穴可行气活血止痛。

（七）胁痛

1．主穴：肝、胆穴。

2．配穴：反吐酸水者加胃穴，伴湿热者加脾穴、大肠穴。

3．取穴依据：两主穴为相应部位取穴，“邪在肝则两胁中痛”，肝与胆相表里，肝脉布胁肋，胆脉循胁里，过季胁。取肝、胆穴可收疏肝理气、清热化湿、利胆止痛之功；胃穴可清胃热，降胃逆；脾穴健脾益胃清热利湿；大肠穴通调肠腑气机，气行则湿热可除。

（八）心绞痛

1．主穴：心、膺乳穴。

2．配穴：肝、小肠穴。

3．取穴依据：心穴为相应部位取穴，心主血脉，刺之以利血液循环，改善心肌缺血、缺氧状态，提高心肌功能；膺乳穴可宽胸理气，气行则血行，通则不痛；心与小肠相表里，刺小肠穴可助心功恢复，改善供血状况；肝藏血，可调节血量，刺肝穴以利血液循环。

（九）心律失常

1．主穴：心穴。

2．配穴：脾、胆、肾、小肠穴。

3．取穴依据：心与小肠穴已如上述。脾穴可健脾益气，气行血畅，调整心脏功能；胆穴可用于心胆气虚型；肾主水，心主火，只有水火既济，心脏才能发挥正常功能，取肾穴以滋阴补肾，从而增强养心安神功能。

（十）乳癖（乳腺小叶增生）

1．主穴：膺乳穴。

2．配穴：肝郁气滞型取肝穴，痰浊凝结型取脾、胃穴，肝肾阴虚型取肝、肾穴。

3．取穴依据：膺乳穴为相应部位取穴，刺之可调和局部气血，消肿止痛；肝穴疏肝理气，解乳络之壅滞；脾、胃穴行气化痰，健脾和中，以除痰浊；肾穴可补益精血。各穴相配，行气活血，血行络通，结块可以消散。

（十一）少乳、缺乳

1．主穴：膺乳穴。

2．配穴：肝郁气滞型配肝穴；气血虚弱型取脾、胃穴。

3．取穴依据：膺乳穴可疏通经气而催乳；肝穴可疏肝解郁、理气活血；脾、胃穴可健运脾胃，益气补血，有利于乳汁的形成与分泌。

（十二）胃炎

1．主穴：胃、脾、小肠穴。

2．配穴：萎缩性胃炎取胆穴。

3．取穴依据：胃、脾穴为相应部位选穴，健脾益胃，降逆止痛；小肠穴调节胃肠气机；胆穴促进消化液分泌，提高胃粘膜吸收功能。

（十三）胃或十二指肠溃疡

1．主穴：胃、小肠、脾穴。

2．配穴：肝胃不和型配肝穴；胃阴不足型配胆穴。

3．取穴依据：胃与小肠穴为相应部位取穴，调整胃肠气机，促进血液循环，改善病灶长期缺血缺氧状态，加快溃疡面的愈合；脾穴健脾益胃，理气止痛；肝穴疏肝理气，和胃降逆；胆穴协同肝穴共起疏肝和胃作用，并促进消化，益气生血。

（十四）胃下垂

1．主穴：胃、脾穴。

2．配穴：肝、小肠穴。

3．取穴依据：胃、脾穴为相应部位取穴，健脾益胃、补气和中，改善虚弱状态；肝穴疏肝理气，小肠穴调整消化道气机、促进消化、益气生血。

（十五）胆囊炎

1．主穴：胆、肝穴。

2．配穴：胃、脾穴。

3．取穴依据：胆、肝穴为相应部位取穴，有疏肝利胆作用，可促进炎症消退，增强胆囊收缩功能；脾、胃穴和胃降逆止呕。

（十六）肝炎

1．主穴：肝、胆穴。

2．配穴：脾、胃、大肠穴。

3．取穴依据：大肠穴通调腑气，有清热化湿作用，有助于肝炎恢复，余同前病。

（十七）阑尾炎

1．主穴：大肠、小肠、胃穴。

2．配穴：脐穴。

3．取穴依据：大肠穴为相应部位取穴，可疏导大肠气血，清湿热，导滞、散结；余穴通调肠胃气机，理气活血，消炎止痛。

（十八）肾绞痛

1．主穴：肾穴。

2．配穴：膀胱、肝穴。

3．取穴依据：肾穴为相应部位取穴，补益肾气，解痉止痛；膀胱与肾相表里，取膀胱穴以助肾穴止痛之功；肝经绕阴器抵小腹，取肝穴以通经活络，调和气血，增解痉镇痛

之效。

（十九）功能性子宫出血

1. 主穴：子宫穴。

2. 配穴：肝、脾、肾穴。

3. 取穴依据：子宫穴为相应部位取穴，可调理局部气血，活血止血；肝藏血，脾统血，肝主疏泄，脾主运化，取肝、脾二穴以疏肝理气，健脾生血；取肾穴可益肾之收藏，增强肾之固摄作用，共助冲任功能，调经止血。

（二十）痛经

1. 主穴：子宫穴。

2. 配穴：肝郁气滞型加肝穴，寒湿凝滞型加脐穴。

3. 取穴依据：子宫穴为相应部位取穴，可通经活络，行气活血止痛；肝穴疏肝理气，气行则血行，祛瘀止痛；脐穴通于胞宫，可调理冲任，温通胞脉，通则不痛。

（二十一）经闭

1. 主穴：子宫、脐穴。

2. 配穴：肝郁气结、气机不畅者配肝穴；脾失健运、痰湿内盛者配脾穴；气血不足者加肝、肾、脾、胃穴。

3. 取穴依据：子宫穴为相应部位取穴，可通经活络，通调气血而催经；经闭为冲任不通或冲任失养而致，针刺脐穴可通调冲任气血；脾穴健脾益气以调生化之源，可用于气血不足之经闭者，又可健脾利湿，理气化痰，故又可用于痰湿内盛型经闭；肝藏血，肾藏精，肝肾同源，刺肝、肾二穴，可益其源，调其流，使血海充盈，月事趋于正常；肝穴又可疏肝解郁、行气活血，用于肝郁气滞型患者。

（二十二）膀胱炎

1. 主穴：膀胱穴。

2. 配穴：肝、肾穴。

3. 取穴依据：膀胱穴为相应部位取穴，以清热利湿，消炎止痛；取肝、肾二穴可滋补肝肾之阴，有助于清利湿热。

（二十三）尿潴留

1. 主穴：膀胱穴。

2. 配穴：肾穴。

3. 取穴依据：膀胱穴为相应部位取穴，以鼓动膀胱气化能力而达启闭通尿的功效；肾与膀胱相表里，刺肾穴可加强二经的气血运行，肾气足则膀胱的排尿功能得以恢复正常。

（二十四）坐骨神经痛

1. 主穴：股穴。

2. 配穴：背、膝、足穴。

3. 取穴依据：股穴为相应部位取穴，可疏通经络，行气活血止痛；背、膝、足穴可加强运行气血、活络镇痛作用。

（二十五）膝关节炎

1. 主穴：膝、膝膑穴。

2. 配穴：股、胫穴。

3. 取穴依据：膝与膝膑穴为相应部位取穴，可通经活络而止痛；股、胫两穴可疏通并增强膝关节上下之气血运行，以助消炎镇痛之功。

（二十六）足跟痛

1. 主穴：足、胫穴。

2. 配穴：肾、肝穴。

3. 取穴依据：足、胫穴为相应部位取穴，以通经活络止痛；足跟痛均由肾虚引起，肝藏血，肾藏精，肝肾同源，肾主骨生髓，故刺肝、肾二穴可滋阴补肾，益气止痛。

第八章　眼全息诊疗

十二经脉除肺、脾、肾、心包以外，有八条经脉以眼为集散之处，加上表里关系，可以说十二经直接或间接地都与眼睛有联系。《灵枢·大惑论》曰："五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。"《灵枢·邪气脏腑病形》篇曰："十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛。"《素问·五脏生成篇》曰："诸脉皆属于目。"可见经脉与眼睛的关系甚为密切，因此也与全身腑脏气血紧密关联，眼睛穴区反映着全身脏腑器官的生理、病理信息，是完整的全息元。

第一节　眼全息望诊

一、八卦分区法

后汉华佗运用《内经》经络学说提出眼球上血管形态颜色的变化查知病情的"看眼察病法"。华佗用卦作为代名词，将眼分为八个经区，与整体全息对应。定位方式：以左眼为例，病人头向北方仰卧，从西北方向起，顺时针方向依次为乾、坎、艮、震、巽、离、坤、兑。口诀为：乾一肺大肠，坎二肾膀胱，艮三属上焦，震四肝胆藏，巽五中焦属，离六心小肠，坤七脾胃属，兑八下焦乡（从临床使用方便出发，将命门区代之为三焦）。

二、代数分区法

临床实践中为便于应用，将八卦改为1～8个数字，其口诀换为：一区肺大肠，二区肾膀胱，三区属上焦，四区肝胆藏，五区中焦位，六区心小肠，七区脾胃主，八区下焦乡。

三、时钟分区法

两目向前平视，以瞳孔为中心，按时钟表盘分为12等份，瞳孔中心上方为12点，正下方为6点，贯瞳孔中心一水平线，两端分别为3点和9点。此法主要用于痔的望诊。让患者端坐，医生用拇、食指撑开患者眼睑，令其注视内上方，充分暴露巩膜下部，以巩膜络脉颜色、形状、数目来诊断：

1. 巩膜外下方（左眼5～6点，右眼6～7点之间）球结膜与巩膜络脉粗大、充血、曲张为有痔疾。
2. 有一条络脉充血的为一痔核，有分叉的示有两痔核。
3. 络脉细小、不充血、不曲张的为小痔核；曲张、粗大的为大痔核。
4. 若出现在左眼5～6点之间的表明痔在肛门左侧；若出现在右眼6～7点之间的示痔在肛门右侧；若双眼均见，说明两侧均有痔核。

以上三法，均以左眼属阳，阳生于阴，故顺时针转分区；右眼属阴，阴生于阳，故逆时针转分区。

四、五轮分区全息望诊

此因用以判断五脏疾病，眼睛转动似轮而得名。五轮为肉轮、血轮、气轮、风轮、水

轮。

1. 肉轮：指胞睑，即上下眼皮（为胞）和司开合的边缘部分（为睑），属脾，主肌肉，脾与胃相应。

（1）若眼睑浮肿，皮色不变或光亮，不红不痛为水肿。咳嗽、小儿百日咳等均局部胞睑浮肿。

（2）胞睑红肿有热痛感，为风热邪毒或脾胃积热。

（3）胞睑赤烂、红肿、紫赤、硬结或湿痒疼痛为瘀血、风热邪毒挟湿。

（4）胞睑硬块：①麦粒肿；②胞睑硬结病；③沙眼；④上眼睑下垂。一出生下垂者为遗传疾病，后天下垂者为风湿瘀血阻滞，筋脉失养；⑤胞睑震颤，又称目瞤，为气血亏虚，劳倦过度。

2. 血轮：血轮指两眦，即眼角，两眦属心，主血，心与小肠相应。①两眦有赤色脉络者属心火上炎；②实火者，脉络赤，粗大而深红；③虚火者，色淡而隐约不显；④赤脉细多，根部生胬肉，属心肺风热，经络淤滞；⑤眦漏眦部红肿热痛，眵多，肿核拒按多为急慢性泪囊炎。

3. 气轮：指白睛，属肺，主气。肺与大肠相应。

（1）白睛色赤，赤脉鲜红者为心肺实火，多属风热所致；赤脉细密而色淡为虚火；赤脉粗大迂曲，色暗红，多为热郁血滞；局部或全部色红如胭，边缘清晰，为血热妄行或脾不统血或外伤。

（2）白睛色白甚者，为肺气虚；色黄且尿黄者为黄疸，其中鲜黄如橘为阳黄，属湿热；色黄而晦暗为阴黄，属寒湿；黄浊暗赤，皮肤、小便不黄、为经络蕴热复感风邪。

（3）白睛色青主疼痛；若局部青蓝稍有突起，状如葡萄为“火疳”。

（4）白睛色黑为痨病，可来自一脏或多脏，重者示肾气已败。

（5）白睛赤肿，胞睑浮肿，眵多，泪黄，珠痛兼有头痛，鼻塞，恶寒发热者，为风热眼。

（6）白睛报伤：白睛上有青紫或红色络脉末端有瘀血点，呈黑、深黑或褐色者为报伤点。报伤点在瞳仁水平线以上者为胸胁部受伤；在瞳仁水平线以下者，伤在背部；报伤点在左眼为左侧受伤；出现在右眼，为右侧受伤；报伤点薄黑色，散而不聚如絮，伤在气分；黑而深，形如芝麻，伤在血分；色黑点圆，周围薄如烟雾，为气血两伤；络脉充血呈弯曲或螺旋状，示疼痛仍在继续。

（7）白睛望蛔：白睛上部有蓝点或蓝斑者，示有蛔虫症。

4. 风轮：风轮指黑睛，属肝，主风得名。肝与胆相应。

（1）黑睛星翳：外感之后若黑睛突起细星点，色灰或白或微黄，或散或聚，为肝经风热；若星点不破溃，不化脓，反复持久不退者，为肝阴不足兼挟痰火湿邪，或肝胆实热火毒。

（2）凝脂翳：黑睛有翳如凝脂，薄则病轻、重而厚者易致盲。

（3）混睛翳：灰白色翳障漫掩黑睛，表面粗糙无华，重则呈赤白色混杂的翳障，常与结核、梅毒有关。

5. 水轮：水轮指瞳神（瞳仁），属肾，主水。肾与膀胱相应。

（1）重病久病瞳仁散大多属瞳精耗竭，病危之象。

（2）瞳神混浊，瞳神散大而展缩无力，气血混蒙，略显淡绿色，为绿风内障。

（3）瞳神微大，气色稍混，如背山笼淡云状，为神水、房水、瘀滞。

（4）睛球全混，色白如水，或瞳神由黄变黑，为肝肾阴亏，精血不足。

五、眼部形态全息望诊

1．眼形主病：

（1）眼窝内陷：目睛下陷是五脏六腑精气已衰，病情较重；如仅微陷，尚属一般虚证，脏腑精气未脱，多见于脱水，失血之急症。

（2）眼球突起：眼突而颈肿者，为甲状腺机能亢进。眼突而喘者，多是肺胀。黑珠胀起而胁痛者，多肝气郁滞。

（3）昏睡露睛者：主脾气极虚。

2．眼态主病：

（1）目睛微定，移位时即转动，多是痰热内闭。

（2）目翻上视，瞪目直视，戴眼反折等，都是危重症候。

（3）横目斜视（先天者除外），多为肝风内动。

（4）目瞑：即眼睛闭上就不愿睁开，为阴虚阳脱或将衄之兆。

（5）喜眨眼，多因两目干涩所致。主肝肾阴虚、干眼症、无泪症等。

（6）目赤多泪，多为肝热，常见于泪囊炎，泪道阻塞症，沙眼等。

（7）患者睁目喜见人者，属阳，阳气盛；闭目不见人者，属阴，阳气衰。

3．眼睫毛主病：

（1）睫毛生长排列整齐、均匀有序，黑而明亮，为体质健康的表现。

（2）睫毛过长，多为体质较弱的征兆。

（3）睫毛反射消失，多主病危。

（4）睫毛生长排列杂乱，倒斜，多见于睑内翻，睑缘炎，内眦赘皮等。

4．眼泪主病：

（1）含泪征主病：眼泪不能及时吸收入泪囊排出，总有一滴泪蓄于眼内，形成“冷泪盈眶”，称含泪征，多见于面瘫和重症肌无力症。

（2）溢泪征主病：溢泪，并非伤心而是因泪液分泌过多，泪道阻塞等所致，多见于结膜、角膜、眼内疾患，睑外翻等各种原因所致之泪道阻塞。

第二节　虹膜全息诊断

虹膜诊断法是近几十年来通过虹膜望诊用以诊断全身各种疾病的新方法。

一、虹膜的结构

虹膜是葡萄膜的最前部。位于角膜之后，晶状体之前，是一圆盘形而呈平面的薄膜。其中央一孔为瞳孔。中国人的虹膜含色素较多，呈棕褐色，白种人含色素少，呈浅蓝色或灰色。虹膜表面不平，有许多皱襞、隆起和大小不规则的陷凹（窝孔），皱襞和隆起多呈放射状排列，靠近瞳孔的部分，皱襞特别明显，呈齿轮状，即虹膜卷缩轮（称收缩褶）。

虹膜由前向后分五层：内皮细胞、前界膜、实质层、肌肉层、色素上皮。肌肉层包含两种平滑肌，即瞳孔括约肌和瞳孔扩大肌。其作用是缩小和开大瞳孔，调节进入眼内光线

的多少。

二、虹膜定位法

1. 同心环定位法

虹膜可比作一个射击靶子，分成几个圆形的同心环，从中心向周边，也就是说从瞳孔到睫状部虹膜外缘，由6条圆线分成几个环，构成7个功能环带（两眼相同）。

（1）瞳孔区域：

代谢环：红褐色，以略暗花边形成瞳孔边缘，预示代谢性或副交感神经疾病。

消化环：有两个，占瞳孔区域代谢环和卷缩轮（指近瞳孔处皱襞特别明显的部分）二者之间的地带，预示胃、肠功能疾病。

（2）虹膜卷缩轮：预示神经系统与几种代谢功能疾病。

（3）睫状部虹膜：分为内、外二环，预示周围血管病症。

2. 节段定位法：每侧虹膜可分为16个节段，各代表相应器官的投影，按时钟划分虹膜面，则近12点处为颈顶节段，9点处为心脏节段（右虹膜），左右两眼的虹膜分别表示躯体各半侧的对应器官。

3. 放射状分区定位法：左右两眼的虹膜分别表示躯体各半侧的对应器官，躯体中线部位的器官（膀胱、甲状腺、食管等）共属两侧虹膜投影节段。放射状定位以时钟划分，每个节段有确切的器官投影。如肝脏位右眼虹膜第8小分区的37～40分之间，在此看到白色，黄色斑点，表示肝脏有炎症。心脏位于右眼虹膜第3小分区45～50分之间，此区有黑点表示心脏瓣膜有病。

三、虹膜异常改变的主病

1. 黑点：见于任何部位，形状大小不一，颜色深浅不同，如心区出现黑点可提示冠心病、风心病等；咽喉区黑点可提示扁桃体炎；肾、膀胱区黑点提示泌尿系统疾病。

2. 黑线：多呈放射状排列，颜色有深有浅。肾、肾上腺区出现黑线常提示慢性肾炎；肺区的黑线多见于咳嗽、气喘、胸痛病人；腰背区或腿膝区黑线多见于腰腿痛的病人。

3. 缺损：以虹膜上方缺损多见，多提示脑供血不足，脑外伤。

4. 苍白：在虹膜上出现一些苍白区，多见于急性炎症，如出现在膀胱、尿道区，多为尿路感染。

5. 窝孔：为形态大小不同的凹陷，分散在各个区域。主要见于多个器官的损害、慢性贫血患者。

6. 卷缩轮：正常时卷缩轮靠近瞳孔，纹理均匀而纤细。病变时明显增粗，扩大，似呈蔷薇花环状，提示有毒物质的刺激。多见于急性肝炎、慢性浅表性胃炎、慢性结肠炎等。

7. 收缩圈（惊恐圈）：少数病人在虹膜外周可见白色的不完整的圆圈，此圈多见于突发事件。如交通事故和突然惊吓。

8. 白环（老年环）：在老年人虹膜周围出现一乳白色或灰色圆环。如仅出现在上部脑区，多提示脑供血不足，常见于高血压、动脉硬化、低血压患者。

四、检查方法

检查者备用手电筒一支，命病人仰卧或端坐。医生面对病人，用拇、食指将病人眼睑轻轻撑开，病人眼平视前方，手电光从眼侧面射人，亦可用多种显微镜放大观察，记录所

观察到虹膜所见的特异反应迹象。如颜色的深浅、反应点的形状呈点状、线状、窝孔状等。

第三节　巩膜全息诊断

巩膜诊断实质上就是白睛望诊法。就是通过观察巩膜，球结膜上出现的络脉（血管）颜色、形态等变化，来判断疾病的病位，病因，病性和推测疾病预后的一种诊断方法。巩膜诊断法包括了巩膜和球结膜，它们的主要区别在于球结膜的血管在表层，相对浮浅，隆起、鲜艳、表示病程短、为新病、病在腑，而巩膜的血管在下层，颜色相对青紫，暗淡，表示病程长、为久病、病在脏。由于该法直观、简便、准确、无痛苦，而且还有早期诊断的价值，因此深受群众欢迎。

一、巩膜及球结膜结构

巩膜是保护眼球内容物的重要组织，约占眼球外层壁后部的⅚。由紧密交接的纤维所构成，质地坚固，一般在成年人为白色，儿童的较薄，可透露下面的色素而呈灰蓝色，而老年人因有脂肪的沉着，可呈淡黄色。巩膜外表面除在角膜缘处与球结膜联系外，其余部分均处于眼球筋膜的包围中。巩膜自外向内可分三层：

（一）上巩膜层：为巩膜的最表层，是由极细的纤维和弹性组织形成的疏松结构，中有多量的血管供应，上隔巩膜上腔以细小的纤维组织与眼球筋膜相连系，此层下部逐渐变致密，移行于巩膜实质层。

（二）巩膜实质层：由致密的纤维组织构成，纤维集合成束，各束之间有固定细胞，它们的胞浆突起互相连接，形成合体细胞，如同角膜的固定细胞。此层除接近于角膜缘处以外，极少有血管分布。

（三）棕黑层：为形成脉络膜上腔的巩膜内面。此处纤维较细小，并含有多数弹性纤维及大量的色素细胞，为棕色，故称为棕黑层，其最内的一层内皮，即为脉络膜上腔的外壁。

巩膜的血管膜分布于上巩膜组织中间，来自睫状前、后动脉的分支，一般均很细小，只在角膜缘附近者略较粗大。动静脉之间形成毛细血管襻。静脉归于睫状前、后静脉和涡静脉。

球结膜覆盖于眼球前⅓部位上，在三部结膜中，球结膜最为薄弱，与其下面的组织结合疏松，且本身又富有弹性，在生理、病理情况下均能出现皱襞，临床上最易出现水肿和出血。球结膜前部有睫状前动脉分支与结膜后动脉，两者在角膜缘形成角膜周围血管丛，营养角膜。球结膜在有色人种，常见有成团的色素细胞。多数位于睫状前血管进入眼内时在巩膜的穿通处，其它处有时也可见到。睑裂部之球结膜经常暴露于空气中，以致老年人常在此部，尤其靠近角膜处出现黄褐色稍隆起之睑裂斑。在内眦角处的球结膜，形成半月皱襞，眼球向内转动时皱褶明显，再内有泪阜，上有汗腺，皮脂腺及泪腺。半月皱襞与泪阜都有丰富的血管而显淡红色。此泪阜能协助眼睑闭合完全，并协助泪液进入泪小管内。

由于球结膜表面非常光滑，比较松弛，薄而透明，因此可透见下面的巩膜。这样，我们观察白睛，就可以把球结膜及下面巩膜上显现的血管及其变化看得清清楚楚，通过这些血管的显现及变化来诊断疾病。

二、巩膜定位法

白睛诊法有一定的定位规律，根据眼与脏腑经络的关系，五脏六腑的病变在眼睛上有固定的反应点，掌握了这个规律，观察眼的某一部位，就知体内哪一脏腑有病。同时左眼主躯体左侧疾病，右眼主躯体右侧疾病，全身性疾病在双眼都有表现。

巩膜定位法就是将五脏六腑与左右两眼的一定部位固定下来的方法。其划分的方法是：两目平视，经瞳孔中点做一水平线并延伸过内外眦，再经瞳孔中心做一垂直线并延伸过上、下眼眶，于是就把眼分为四个象限，再把每个象限划分为相等的两个区，即成为八个相等区，此八个相等区就是八个经区。左眼为阳，八区排列顺序是顺时针方向，右眼属阴，八区排列顺序是逆时针方向，左右两眼对称。一区为肺、大肠，二区为肾、膀胱，三区为上焦，四区为肝、胆，五区为中焦，六区为心、小肠，七区为脾、胃，八区为下焦。各区所占范围，用时钟计算，每区占90分钟，如左眼一区是10时30分至12时，二区是0时至1时30分；右眼一区是1时30分至0时，二区是12时至10时30分，其他依次类推（见图8－1）。详见第四节八区十三穴定位。

三、巩膜（球结膜）异常改变主病

（一）正常巩膜（球结膜）

人的白睛（巩膜，球结膜）上隐约可见纵横交错的络脉，正常白睛可见表层光泽、透明，里层色白而坚韧，其络脉纤细而不明显，尤其是儿童的眼球，如果没有生过大病，则白睛清白洁净，看不出络脉的分布。若是生病以后，或由皮肤通过经络而内传到脏腑，或由脏腑外传到皮肤，不论某一经或几个经受病，都可以从白睛上显露出来，而且一旦出现，其残痕与生长存，就象肺结核愈后钙化点似的永远存在。

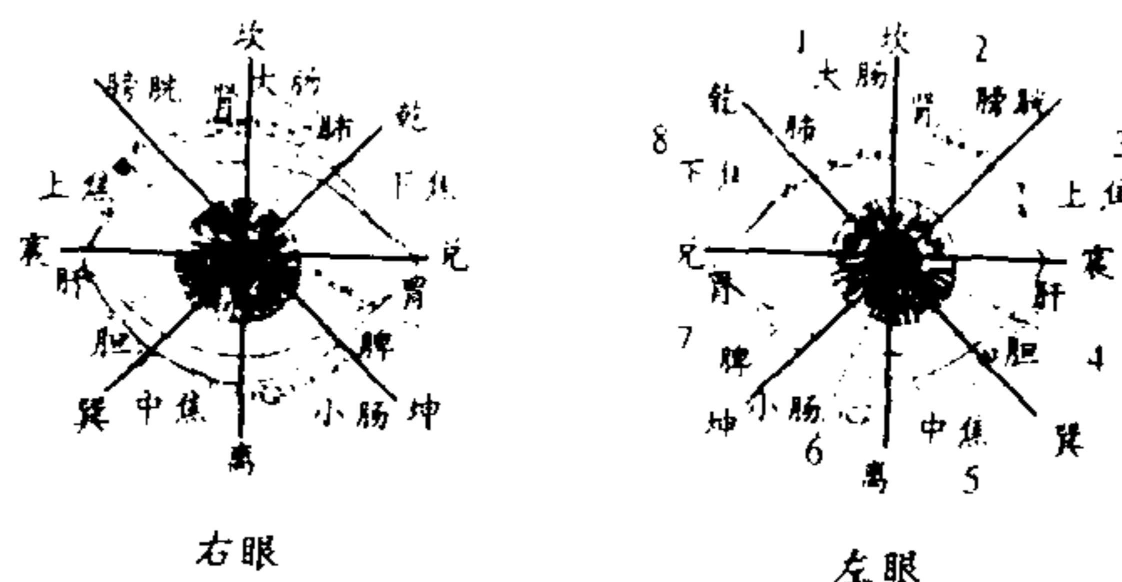


图8－1 眼全息诊疗分区

（二）形态主病

络脉的表现有七种形状：

（1）根部粗大：由白睛边缘处络脉粗大，渐向前则逐渐变细，此种形状多属于顽固性疾病。

（2）曲张或怒张：络脉出现曲线，由根部延伸，中间转折曲张，以至于怒张，为病势较重。

（3）延伸：络脉由某一经区传到另一经区，则出现延伸现象，说明疾病有传变 。例如络脉从肾区发出，延伸到下焦区，说明病人肾病已传到下焦，病人出现腰膝酸软无力是由肾病引起。

（4）分岔较多：络脉像树枝似的分出几个叉，说明病情不稳定而容易变化。

（5）隆起一条：络脉在球结膜上似田垄突起，病位表浅，多属六腑疾病。

（6）模糊一小片：络脉多而纤细，纵横交错模糊成一小片，此种络脉多发生在肝、胆区，多见肝郁症，胆结石。

（7）垂露：在络脉的末端有一暗点，像悬垂着露水珠。多见于虫积和瘀血，气滞病人

也可见到。

（三）颜色主病

白睛上络脉的色泽，基本是红色，但有浓淡明暗之不同。从这些不同的色泽可以看出病程长短，寒热虚实，预后转归，病情变化，可作为诊断及观察疗效的参考。

（1）鲜红：鲜红色是新病，多属实热证，病势正在发展。因发病不久，颜色较鲜红，如邪热炽盛，则颜色逐渐加深。

（2）紫红：紫红色为热盛，热盛则伤津，津伤液耗则血液瘀滞，血循环不畅而变成紫红。

（3）深红：络脉深红，主热病而病势加重。病邪由表传里，故颜色转为深红色。深红色的络脉多见于深层的巩膜上，故五脏疾病多见此种颜色。

（4）红中带黑：络脉红中带黑，主热病入里，热炽血滞，故由紫转呈黑色。

（5）红中带黄：络脉红中带黄为病势减轻。黄色属脾胃之色，有黄色则有胃气，胃为后天之本，“有胃气则生”，故胃气渐盛则病势好转。

（6）络脉淡黄：络脉淡黄色是胃气旺盛，疾病将愈的现象。

（7）络脉浅淡：络脉浅淡属于虚证或寒证。虚证为气血不足，寒证使气血凝滞，血流缓慢，故颜色浅淡。

（8）络脉暗灰：白睛上络脉暗灰，属于陈旧性病灶，症状消失，疾病痊愈，但经络在白睛上的痕迹永不消失，颜色是暗灰的，但如果颜色由暗灰转为淡红色是旧病复发的征兆。

（四）观察方法

病人坐在医生对面，精神放松。医生洗净双手，先看左眼，后看右眼，用拇、食两指扒开眼睑，让病人眼球转向鼻侧，观察2区到5区；让病人眼球转向上方，观察4区到7区；让病人眼球转向外方，观察6区到1区；让病人眼球转向下方，观察8区到3区。先全面观察一遍，对哪一经区出现络脉，再进行仔细观察，两眼看完，只需一、两分钟，病人无任何痛苦，检视也很方便。极个别病人眼睑发硬不易分开，要耐心劝告，消除紧张情绪，也会满意地观察到各个经区。

第四节　彭静山眼针全息治疗法

眼针疗法是在眼眶周围针刺治疗全身疾病的一种微针疗法。它是全国名医、辽宁中医学院彭静山教授在汉代华佗观眼“可验内之何脏腑受病”学术思想的启发下，经过二十多年的潜心研究而首创的。他以《易经》的阴阳八卦，中医的五轮八廓和经络与五脏六腑相通的学说为理论依据，将眼睛分为八个区、十三个穴，此十三个穴均在眼眶内外，是古今中医、针灸书籍所未记载的。观察方便，针刺无痛而效果迅速，可治疗五十余种常见病，其有效率均在95%以上。有些新发中风偏瘫，针后可立即下床行走，疼痛病人针后可立即止痛。

一、八区十三穴定位

八区十三穴的划分在上一节已经讲过，就是划分时人仰卧，头向北，脚向南，两眼向前平视，经瞳孔中心做一水平线并延伸过内外眦，再经瞳孔中心做该水平线之垂直线，并

延伸过上下眼眶，于是将眼区分成四个象限，再将每个象限分成两个相等区，即成为八个相等区，这八个相等区就是八个经区。

八个经区已经划定，那么怎样才能将此八区与脏腑联系起来呢？彭静山教授查阅了历代有关的资料，结合自己五十余年的临床经验，认为用后天八卦划分经区最为合适。

八个经区划定，八条线代表八个方向：西北方、正北方、东北方、正东方、东南方、正南方、西南方、正西方。在后天八卦中，乾卦的方位为西北方、坎卦为正北方、艮卦为东北方、震卦为正东方、巽卦为东南方、离卦为正南方、坤卦为西南方、兑卦为正西方。这样，在眼区的八条线中，西北方划为乾、正北方划为坎，东北方划为艮，正东方划为震，东南方划为巽，正南方划为离，西南方划为坤，正西方划为兑。八卦在眼区已有了固定的位置，从属性来看：乾卦属金，坎卦属水，艮卦属山，震卦属雷，属木，巽卦属风，离卦属火，坤卦属土，兑卦属泽。而在五脏六腑中肺与大肠属金，肾与膀胱属水，肝与胆属木，心与小肠属火，脾与胃属土。这样就把肺与大肠划在乾卦区，肾与膀胱划在坎卦区，肝与胆划在震卦区，心与小肠划在离卦区，脾与胃划在坤卦区。而艮卦属山，山高出于地面，因此把上焦划在艮卦区。巽卦属风，风一般在水平地面上刮，就把中焦划在巽卦区。兑卦属泽，沼泽是低洼积水的地方，低于地平面，就把下焦划在兑卦区。正如王肯堂在《证治准绳》中所说："八廓应乎八卦，脉络经纬于脑，贯通脏腑，以达血气往来以滋于目。廓如城郭然，各有行路往来，而匡廓卫御之意也。乾居西北，络通大肠之腑，脏属肺……；坎正北方，络通膀胱之腑，脏属于肾……；艮位东北，络通上焦之腑……；震正东方，络通胆腑，脏属于肝……；巽位东南，络通中焦之腑……；离正南方，络通小肠之腑，脏属于心……；坤位西南，络通胃之腑，脏属于脾……；兑正西方，络通下焦之腑……"。这样，就把五脏六腑与眼睛的分区紧密联系起来了（见图 8－1）。

王肯堂在《证治准绳》中又指出："左目属阳，阳道顺行，故廓之经位法象亦以顺行。右目属阴，阴道逆行，故廓之经位法象亦以逆行"。以左眼为准，左眼的西北方恰当乾卦，因左眼为阳，阳道顺行，即按顺时针的方向做为进行序列。并把它的右侧也就是进行序列的前方做为它的经区，即这八条线的右侧做为该线的代表区。如果用时针来表示 10 时 30 分至 12 时为乾区，0 时至 1 时 30 分为坎区，1 时 30 分至 3 时为艮区，3 时至 4 时 30 分为震区，4 时 30 分至 6 时为巽区，6 时至 7 时 30 分为离区，7 时 30 分至 9 时为坤区，9 时至 10 时 30 分为兑区。为了方便起见，现将乾、坎、艮、震、巽、离、坤、兑八区改为 1、2、3、4、5、6、7、8 八个阿拉伯数字代替。其中 1、2、4、6、7 五个区每区两个穴，即一脏一腑，前半个区为脏，后半个区为腑，而 3、5、8 三个区，每区一个穴，这样就构成了眼周的"八区十三穴"。眼图八区与脏腑的关系，可概括为如下口诀：乾一肺大肠，坎二肾膀胱，艮三属上焦，震四肝胆藏，巽五中焦属，离六心小肠，坤七脾和胃，兑八下焦乡。右眼与左眼对称，方位线的左侧为代表区。

二、取穴方法

（一）取穴原则

取穴又叫选穴，即治疗时所选用的穴位。眼针的取穴原则有三种：

1. 循经取穴：

眼针循经取穴即确诊病属于哪一经，就取哪一经区穴，如果是多经发病，就同时取几个经区穴。如病人以咳嗽，喘促为主诉来就诊，我们知道病属于肺经，就可以取肺区穴。

如果病人以心悸，心烦为主诉，病在心经，就可以选取心区穴。如果病人肩臂痛，连及肩胛部，病在小肠经，就可以取小肠区穴。如果病人头痛，以后头痛为主，且连及项背，是病在膀胱经，就可以取膀胱区穴。如果以两侧头痛为主，且伴有口苦，咽干等症为病在肝，胆经，就可以取肝区穴或胆区穴。如果病人腹泻，病在大肠经，又此腹泻是由脾、肾阳虚所致，就可以同时取大肠区穴，脾区穴，肾区穴，这就是循经取穴。

2．看眼取穴：

看眼取穴就是在哪个经区出现明显的络脉就直接取哪个经区穴。如果同时几经出现明显络脉就同时取几个经区穴。看眼取穴比较直观，也比较简便，根据观眼“可验内之何脏腑受病”的观点，选取络脉明显呈现的经区，做为眼针取穴原则之一。

3．病位取穴：

病位取穴是将人体分为上、中、下三部分：即自膈肌水平以上，前胸、后背，包括内容脏器如心、肺、气管、支气管、胸膜以至颈项、头面、五官及上肢等划为上焦；自膈肌水平以下至脐水平以上，腰肾部、上腹部，包括内容脏器肝、胆、胰、脾、胃、肠等划为中焦；自脐水平以下，腰，骶，髂，臀，小腹，少腹，泌尿生殖系统，肛肠，腹膜以至下肢等划分下焦。病在哪一部位，便选取所属的上焦，中焦，下焦区。如果病人头痛，项强，臂痛，胸痛，心悸，咳嗽等，均可以选区上焦区穴；如果病人胃痛，腹胀，胁痛等均可以取中焦区穴；如果病人腰骶痛，下肢痛，下肢瘫，痛经，遗精，阳萎，遗尿，不孕等均可选取下焦区穴。

眼针的取穴原则比较简单，临床上要把三者有机的结合起来，灵活选取穴位，治疗时才能得心应手。如病人眩晕耳鸣，头痛且胀，急躁易怒，面色潮红，少寐多梦，腰膝酸软，时有胸闷，恶心，舌质红，苔黄，脉弦细数等，纵观该病人是由于肝肾阴虚，肝阳上亢所致之眩晕证，病在上焦，就可以选取上焦区穴，肝区穴，肾区穴。此时观察病人的双眼，如果在上述三个经区内有明显的络脉显现，取上述三个经区穴即可，如果在脾区有明显的络脉显现，那说明此眩晕证还与脾虚痰浊中阻有关，还可以配取脾区穴。

掌握眼针的取穴原则是十分必要的，在临床上无论遇到什么病人，只要灵活运用眼针取穴三原则，就会制定出较理想的治疗方案。有时遇到较疑难的疾病，特别是有些经西医诊断的疾病，如果用体针治疗，有时往往不能立即拿出合理的治疗方案及选穴配方。而用眼针治疗，灵活运用取穴三原则，就会很快确定合理的治疗方案。如有的病人来就诊，主诉是全身不适，倦怠乏力，要求针灸治疗，而各项理化检查均无明显的阳性发现，如果用体针治疗，一时就不好选穴配方，而采用眼针治疗，运用眼针取穴三原则，尽管很难辨清病位和病在哪一经，但只要我们仔细观察病人的双眼，看哪个经区出现明显的络脉，便选取哪个经区，就一定能达到治疗目的。

（二）眼穴位置

眼穴的位置均在眼眶内眼眶与眼球之间或距眼眶内缘2毫米以内的眼眶上，不能再往外，距眼眶太远就失去眼针的意义了。找穴时以瞳孔为中心，按钟表的比拟把各经区分辨清楚，每个穴占据眶内、眶外一定的范围，找准穴位是眼针疗法的首要条件。

三、操作技术

（一）针刺手法

在眼眶上或眶内针刺对手法要求特别严格，针刺要求要稳、准、快。要做到这一点就

要求医生第一眼不花，第二手不颤。同时要求医生在病人眼穴区上针刺前，必须认真做好针刺练习，其练针的方法是：用空的圆形或方形盒子，去掉盒盖，在盒盖处糊上白纸，纸上画好眼图，和人的眼睛大小相仿，线条清晰，一个眼睁着，一个眼闭着，前者练眶外进针，后者练眶内进针，把练针盒放在与医生眼睛同高的地方，要稳定不动摇，在眼图上点上小米粒大的十三个眼穴点，再在眼图外四周随便点上许多小米粒大的黑点，星罗棋布 。练习时用拇、食两个指头捏住针柄，使针尖向前和手指同一方向，然后一手按住练针盒，一手针刺黑点，练到如矢中的，针刺黑点丝毫不差的程度，再刺眼图上的眼穴，点刺，直刺，横刺反复练习。点刺练到针尖刺到纸上而纸不破损，直刺练到针入准确，敏捷，迅速。先练右手，后练左手，眼针要一针一针的刺，不能两眼齐刺，但要求左右两个都能熟练而准确的扎针，达到左右开弓，得心应手的程度，盒上的白纸要每天一换。

熟练的掌握了眼针的针刺技术以后，便可以给病人治疗了。治疗时要选取 30 号～34 号的 13 毫米即 0.5 寸的毫针做为针具，快速刺入选定的经区穴，不提插，不捻转，刺入以后病人感到有酸、麻、胀、重或温热，清凉等感觉为已达病所，是得气的现象。如未得气，可以把针提出⅓，改换一下方向再刺入即可，或用手刮针柄，或用双刺法也可以。眼针的针刺方法有：

1. 点刺法：在选好的穴区上，一手按住眼睑，将眼皮绷紧，另一手持针在穴区轻轻点刺 5～7 次，以不出血为度。此法适用于小儿、畏针病人及重危病人怕强烈刺激者。

2. 眶内直刺法：是眼针最基本的针刺手法之一，选好穴区，在眶内紧靠眼眶的穴区中心刺入，眶内针刺都是直刺，在眶内直刺一般无痛，但要求手法熟练，刺入准确，进针 0.5 寸。采用眶内直刺法效果明显，但掌握不好易引起皮下出血，因此，手法不熟时，切勿轻试。此法适用于发病急，病情重的病人。

3. 眶外横刺法：也叫沿皮刺法，是眼针最常用的针刺方法，应用在眶外，选好穴区以后，找准穴区的界限，从穴区的一侧进针沿皮刺向另一侧，不可超越经区界限，针刺不可太深，经真皮达到皮下组织即可。任何病人都可选用此法。

4. 双刺法：即一个穴区刺入两针，不论直刺，横刺，刺入一针之后可在针旁沿同一方向再刺入一针，能够加强疗效，适用于比较顽固的疾病。

5. 表里配合刺法：也叫眶内眶外配合刺法，即在选好的穴区上，眶内眶外各刺一针，两针互相配合，目的在于加强刺激，提高疗效，适用于顽固性疾病。

6. 压穴法：选好穴区后，可用手指，火柴棒，点眼棒，笔杆等物从穴区中心压向眼眶，以病人感到酸麻胀痛为度，医生可以按压，病人自己也可以按压。有些患痛证的病人，在医院经医生治疗后疼痛消失，可是回家后又出现疼痛，病人就可以在医生针刺的穴区采用压穴法，便能达到止痛的目的。还有的病人患阵发性心律失常，发作时自己就可以压迫心穴，很快心律失常便可以消失。此法方便，实用，不受针具的限制，无论在什么地方，如在飞机上，火车上，在郊外，遇到病人采用压穴法，都可以进行简单有效的救治。

7. 埋针法：选好经区以后，将 1 号皮内针埋在穴区的中心，然后用胶布固定，可放置 3～5 天。适用于病程长，疗效不巩固的病人。

8. 电针法：其方法同一般电针一样，将电针器的两极接在针柄上，通过电流，以加强刺激，适用于病程长，疗效差的病人。

9. 缪刺法：病人一侧有病，针刺患侧效果不明显时，可选用健侧同名穴区进行针刺，

以提高疗效。

（二）起针方法

学习眼针应从学习起针开始，起针很重要，需要同针刺一样认真，如果不负责任的随便把针拔出，很容易引起眼部皮下出血。起针时精神要集中，用右手拇、食二指捏住针柄轻轻活动几下，缓缓拔出½，少停片刻再慢慢提出，急用干棉球压迫针孔，或交给病人自己按压一会，并注意观察眼区有无出血，如有出血则继续按压针孔，直至不出血为止。

四、适应症

（一）眼针的功效

眼针具有止痛消肿，安神定志，理气和血，通经活络的功效。

（二）适应症

眼针和体针一样，适应症很广，对内、外、妇、儿等五十多种疾病具有较好的疗效，对三十余种疾病有明显的疗效，其中对神经系统，循环系统，消化系统，泌尿生殖系统疾病效果更好，有很多病程短的新近中风病人，经一、两次治疗，便可下床走路；有很多患各种疼痛的病人，可以达到针入痛止的效果。对于眩晕，心悸，不寐，消渴，呕吐，泄泻，痹证，痿证，遗精等证效果都很明显。此外，对一些疑难杂症也有一定的治疗作用。

五、常见病的辨证施治

（一）中风

1. 中经络

（1）肝阳暴亢：

【证状】 半身不遂，舌强语蹇，口舌歪斜，眩晕头痛，面红目赤，心烦易怒，口苦咽干，便秘尿黄，舌红或绛，苔黄或燥，脉弦有力。

【治则】 镇肝潜阳通络

【治法】 取患侧肝区穴，上焦区穴，下焦区穴。肝区穴用双刺法，下焦区穴用眶内直刺法或双刺法。亦可双侧取穴。

（2）风痰阻络：

【证状】 半身不遂，口舌歪斜，舌强语蹇，肢体麻木或手足拘急，头晕目眩，舌苔黄腻或白腻，脉弦滑。

【治则】 祛风痰，通经络

【治法】 取患侧脾区穴，心区穴，上焦区穴，下焦区穴。亦可双侧取穴，下焦区可用眶内直刺法，或用双刺法。

（3）痰热腑实：

【证状】 半身不遂，舌强不语，口舌歪斜，口粘痰多，腹胀便秘，午后面红烦热，舌红，苔黄腻或灰黑，脉弦滑大。

【治则】 通腑泄热活络

【治法】 取双侧脾区穴，胃区穴，患侧上焦区穴，下焦区穴。脾区穴及胃区穴可用双刺法，下焦区用眶内直刺法。

（4）气虚血瘀：

【证状】 半身不遂，肢体软弱，偏身麻木，舌歪语蹇，手足肿胀，面色淡白，气短乏力，心悸自汗。舌质暗淡，苔薄白或白腻，脉细缓或细涩。

【治则】 补气活血通络

【治法】 取双侧心区穴，患侧上焦区穴，下焦区穴。心区用双刺法，下焦区用眶内直刺法。

（5）阴虚风动：

【证状】 半身不遂，肢体麻木，舌强语蹇，心烦失眠，眩晕耳鸣，手足拘挛或蠕动，舌红或暗淡，苔少或光剥，脉弦细数。

【治则】 滋阴熄风通络

【治法】 取双侧肝区穴，肾区穴，患侧上焦区穴，下焦区穴。下焦区穴用眶内直刺法。

2．中脏腑：

（1）风火蔽窍：

【证状】 突然昏倒，不省人事，两目斜视或直视，面红目赤，肢体强直，口噤项强，两手握紧拘急，甚则抽搐，角弓反张，舌红或绛，苔黄而燥或焦黑，脉弦数。

【治则】 熄风泄火开窍

【治法】 取双侧心区穴，肝区穴。可用眶内直刺法，亦可用双刺法。

（2）痰火闭窍：

【证状】 突然昏倒，昏愦不语，躁扰不宁，肢体强直，痰多息促，两目直视，鼻鼾身热，大便秘结，舌红，苔黄厚腻，脉滑数有力。

【治则】 豁痰泄火开窍

【治法】 取双侧脾区穴、心区穴。可用眶内直刺法，也可用双刺法。

（3）痰湿蒙窍：

【证状】 突然神昏迷睡，半身不遂，肢体瘫痪不收，面色晦垢，痰涎壅盛，四肢逆冷，舌质暗淡，苔白腻，脉沉滑或缓。

【治则】 豁痰开窍

【治法】 取双侧脾区穴，患侧上焦区穴，下焦区穴，也可配用肾区穴。

（4）元气衰败：

【证状】 神昏，面色苍白，瞳孔散大，手撒肢逆，二便失禁，气息短促，多汗肤凉，舌淡紫或萎缩，苔白腻，脉散或微。

【治则】 回阳固脱

【治法】 取双侧心区穴，肾区穴，肝区穴。手法要轻，避免过强刺激，可配合灸神阙穴。

眼针是治疗中风最有效的方法之一，对于新中风病人（即病程在三周以内）有神奇的疗效，有很多新中风病人经一、二次治疗便可下床走路，生活可以自理。对于中风后遗症也有很好的疗效。

中风偏瘫病人针后能否立即走路，要看针前下肢的肌力如何，其检查的方法是：病人仰卧、让下肢屈曲，使患肢足面紧贴床面上，如患肢能立住，不左右倒或自然伸直不能控制，眼针治疗后就会有明显的效果；如果患肢立不住，治疗效果较差。

对于中风中经络者，单纯采用眼针治疗就会取得满意的疗效，对于中脏腑者可配合中、西药抢救，待清醒以后，便可单用眼针治疗。

（二）眩晕

1．风阳上扰：

【证状】 眩晕耳鸣，头痛且胀，易怒，失眠多梦，或面红目赤，口苦，舌红，苔黄，脉弦滑。

【治则】 平肝潜阳，滋养肝肾

【治法】 取肝区穴，肾区穴，上焦区穴。肝区穴可选用双刺法。双侧取穴。

2．痰浊上蒙：

【证状】 头重如裹，视物旋转，胸闷恶心，呕吐痰涎，苔白腻，脉弦滑。

【治则】 燥湿祛痰，健脾和胃

【治法】 取脾区穴，胃区穴，上焦区穴。脾区穴可用双刺法。双侧取穴。

3．气血亏虚：

【证状】 头晕目眩，面色淡白，神倦乏力，心悸少寐，舌淡，苔薄白，脉弱。

【治则】 补气养血，健运脾胃

【治法】 取双侧心区穴，脾区穴，上焦区穴。心区穴可用双刺法，也可配用肺区穴。

4．肝肾阴虚：

【证状】 眩晕久发不已，视力减退，少寐，健忘，心烦，口干，耳鸣，神倦乏力，腰膝酸软，舌红，苔薄，脉弦细。

【治则】 滋补肝肾

【治法】 取双侧肝区穴，肾区穴，上焦区穴。肝区穴及肾区穴均可用双刺法。

（三）头痛

1．外感头痛：

（1）风寒头痛：

【证状】 头痛时作，痛连项背，恶风畏寒，遇风尤剧，口不渴，苔薄白，脉浮。

【治则】 疏风散寒

【治法】 取双侧上焦区穴，肺区穴，膀胱区穴。肺区穴用双刺法。

（2）风热头痛：

【证状】 头痛而胀，甚则头痛如裂，发热或恶风，面红目赤，口渴欲饮，便秘溲黄，舌质红，苔黄，脉浮数。

【治则】 疏风清热

【治法】 取双侧上焦区穴，肺区穴，胃区穴。胃区穴可用直刺法或双刺法。

（3）风湿头痛：

【证状】 头痛如裹，肢体困重，纳呆胸闷，小便不利，大便或溏或泄，苔白腻，脉濡。

【治则】 祛风除湿通络

【治法】 取双侧上焦区穴，脾区穴，肺区穴。脾区穴可用眶内直刺法，亦可用双刺法。

2．内伤头痛：

（1）肝阳上亢：

【证状】 头痛而胀，或抽掣而痛，痛时常有烘热，面红目赤，耳鸣如蝉，心烦口干，

舌红，苔薄黄，脉弦。

【治则】 平肝潜阳

【治法】 取双侧肝区穴，上焦区穴。肝区穴可用眶内直刺法或双刺法，必要时可配合肾区穴。

（2）痰浊上扰：

【证状】 头痛胀重，或兼目眩，胸闷脘胀，恶心食少，痰多粘白，舌苔白腻，脉弦滑。

【治则】 健脾祛痰

【治法】 取双侧脾区穴，上焦区穴，胃区穴。脾区穴可用眶内直刺法或双刺法。

（3）瘀阻脑络：

【证状】 头痛反复，经久不愈，痛处固定，痛如锥刺，舌紫暗或有瘀斑，苔薄白，脉弦细或细涩。

【治则】 活血通络

【治法】 取双侧心区穴，上焦区穴。心区穴可用眶内直刺法或双刺法，也可用埋针法或压穴法。

（4）气血亏虚：

【证状】 头痛绵绵，两目畏光，午后更甚，神疲乏力，面色㿠白，心悸少寐，舌淡，苔薄，脉弱。

【治则】 补益气血，通络止痛

【治法】 取双侧心区穴，脾区穴，肝区穴，上焦区穴。也可用埋针法。

（5）肝肾阴虚：

【证状】 头痛眩晕，时轻时重，视物模糊，五心烦热，口干，腰酸腿软，舌红，少苔，脉弦细。

【治则】 滋补肝肾

【治法】 取双侧肝区穴，肾区穴，上焦区穴。肝区穴及肾区穴可用双刺法。

在临床治疗过程中，如果头痛以头后部为主，或痛连颈项，可配合膀胱区穴；如果头痛以前额或眉棱为主，可配合胃区穴；如果头痛以头的两侧为主，可配合胆区穴；如果头痛以巅顶为主，可配合肝区穴。

（四）胸痹心痛

1．心血瘀阻：

【证状】 心胸阵痛，如刺如绞，固定不移，入夜为甚，伴有胸闷心悸，面色晦暗，舌质紫暗或有瘀斑，舌下络脉青紫，脉沉涩或结代。

【治则】 活血化瘀，通络止痛

【治法】 取双侧心区穴，上焦区穴。心区穴可用双刺法，针后可以用埋针法，也可嘱病人发作时用压穴法。

2．寒凝心脉：

【证状】 心胸痛如缩窄，遇寒而作，形寒肢冷，胸闷心悸，甚则喘息不得卧，舌质淡，苔白滑，脉沉细或弦紧。

【治则】 温阳散寒，通痹止痛

【治法】 取双侧心区穴，肾区穴，上焦区穴。心区穴及肾区穴可选用双刺法。针后心区穴可用埋针法。

3. 痰浊内阻：

【证状】 心胸窒闷或如物压，气短喘促，多形体肥胖，肢体沉重，脘痞，痰多口粘，舌苔浊腻，脉滑。痰浊化热则心痛如灼，心烦口干，痰多黄稠，大便秘结，舌红，苔黄腻，脉滑数。

【治则】 健脾祛痰，宽胸散结

【治法】 取双侧心区穴，脾区穴，上焦区穴。心区穴及脾区穴可选用双刺法。

4. 心气虚弱：

【证状】 心胸隐痛，反复发作，胸闷气短，动则喘息，心悸自汗，倦怠懒言，面色㿠白，舌淡暗或有齿痕，苔薄白，脉弱或结代。

【治则】 补益心气，活血通络

【治法】 取双侧心区穴，上焦区穴。心区穴用双刺法，也可配加脾区穴。

5. 心肾阴虚：

【证状】 心胸隐痛，久发不愈，心悸盗汗，心烦少寐，腰酸膝软，耳鸣头晕，气短乏力，舌红，少苔，脉细数。

【治则】 滋阴益肾，活血通络

【治法】 取双侧心区穴，肾区穴，上焦区穴。也可选用埋针法。

6. 心肾阳虚：

【证状】 胸闷气短，遇寒则痛，心痛彻背，形寒肢冷，动则气喘，心悸汗出，不能平卧，腰酸乏力，面浮足肿，舌淡胖，苔白，脉沉细或脉微欲绝。

【治则】 益气温阳，活血通络

【治法】 取双侧心区穴，肾区穴，上焦区穴。可用埋针法。

（五）心悸

1. 心虚胆怯

【证状】 心悸因惊恐而发，悸动不安，气短自汗，神倦乏力，少寐多梦，舌淡，苔薄白，脉弦细。

【治则】 安神定志

【治法】 取心区穴，胆区穴，上焦区穴。心区穴及胆区穴可双侧取穴，也可用双刺法。

2. 心脾两虚：

【证状】 心悸不安，失眠健忘，面色㿠白，头晕乏力，气短自汗，纳少胸闷，舌淡红，苔薄白，脉弱。

【治则】 补益心脾

【治法】 取心区穴，脾区穴，上焦区穴。心区穴及脾区穴可双侧取穴，或用双刺法。

3. 阴虚火旺

【证状】 心悸不宁，思虑劳心尤甚，心中烦热，少寐多梦，头晕目眩，耳鸣，口干，面颊烘热，舌质红，苔薄黄，脉弦细数。

【治则】 滋阴清火

【治法】 取心区穴，肾区穴，上焦区穴。心区穴及肾区穴可双侧取穴，亦可用双刺法。

4. 心血瘀阻：

【证状】 心悸怔忡，胸闷心痛阵发，或面唇紫暗，舌质紫或有瘀斑，脉细涩或结代。

【治则】 活血通络

【治法】 取双侧心区穴，上焦区穴。心区穴用双刺法。

5. 水气凌心：

【证状】 心悸怔忡不已，胸闷气短，咳吐大量泡沫痰涎，面浮足肿，不能平卧，目眩，尿少，苔白腻或白滑，脉弦滑数。

【治则】 温阳化水

【治法】 取肾区穴，脾区穴，心区穴，上焦区穴。肾区穴及脾区穴可取双侧，或用双刺法。

6. 心阳虚弱：

【证状】 心悸，动则为甚，胸闷气短，畏寒肢冷，头晕，面色苍白，舌淡胖，苔白，脉沉细或结代。

【治则】 温补心阳

【治法】 取双侧肾区穴，心区穴，上焦区穴。心区穴用双刺法。

（六）不寐

1. 肝郁化火

【证状】 心烦不能入睡，烦躁易怒，胸闷胁痛，头痛面红，目赤，口苦，便秘尿黄，舌红，苔黄，脉弦数。

【治则】 疏肝泻热安神

【治法】 取双侧肝区穴，心区穴。两穴均可用双刺法。

2. 痰热内扰

【证状】 睡眠不安，心烦懊侬，胸闷脘痞，口苦痰多，头晕目眩，舌红，苔黄腻，脉滑数。

【治则】 清热化痰安神

【治法】 取双侧脾区穴，心区穴。亦可酌情配合肝区穴。

3. 阴虚火旺：

【证状】 心烦不寐，或时寐时醒，手足心热，头晕耳鸣，心悸健忘，颧红潮热，口干少津，舌红，苔少，脉细数。

【治则】 滋阴降火安神

【治法】 取双侧心区穴，肾区穴。两穴均可用双刺法。

4. 心脾两虚

【证状】 多梦易醒，或朦胧不实，心悸健忘，头晕目眩，神疲乏力，面色不华，舌淡，苔薄，脉细弱。

【治则】 补益心脾安神

【治法】 取双侧心区穴，脾区穴。两穴均可用双刺法。

5. 心虚胆怯：

【证状】 夜寐多梦易惊，心悸胆怯，舌淡，苔薄，脉弦细。

【治则】 养心定志安神

【治法】 取双侧心区穴，胆区穴。两穴均可用双刺法。

（七）痹证

1. 行痹（风邪偏盛）

【证状】 肢体关节肌肉疼痛，游走不定，屈伸不利，或见恶风发热等，舌苔薄白，脉浮。

【治则】 祛风散寒通络

【治法】 取双侧肺区穴，上焦区穴，下焦区穴。肺区穴用双刺法。必要时可配合脾区穴，肾区穴。

2. 痛痹（寒邪偏盛）

【证状】 肢体关节疼痛较剧，遇寒加重，得热痛减，昼轻夜重，关节不能屈伸，痛处不红，触之不热，苔白滑，脉弦紧。

【治则】 散寒除湿通络

【治法】 取双侧肾区穴，上焦区穴，下焦区穴。肾区穴用双刺法。必要时可配合脾区穴、肺区穴。

3. 着痹（湿邪偏盛）

【证状】 肢体关节重着酸痛，痛处固定，下肢为甚，或有肿胀，肌肤麻木，天气阴雨加重，舌苔白腻，脉濡缓。

【治则】 除湿祛风通络

【治法】 取双侧脾区穴，上焦区穴，下焦区穴。脾区穴用双刺法，必要时可配合肺区穴、肾区穴。

4. 热痹（热邪偏盛）

【证状】 起病急骤，关节疼痛，局部红肿灼热，痛不可触，屈伸不利，得冷稍舒，多有发热恶风，多汗，心烦口渴，舌红苔黄，脉滑数。

【治则】 清热除湿通络

【治法】 取心区穴，肺区穴，脾区穴，上焦区穴，下焦区穴。若全身关节红肿热痛则双侧取穴，若局部痛，可单取患侧。

5. 虚痹（气血两虚）

【证状】 病程日久，反复不愈，关节疼痛，时轻时重，面黄无华，心悸自汗，头晕乏力，舌质淡，苔薄白，脉濡。

【治则】 补益气血通络

【治法】 取双侧肾区穴，脾区穴，心区穴。可配合选用上焦区穴，下焦区穴。

（八）痿证

1. 肺热津伤：

【证状】 发热多汗，热退后突然出现肢体软弱无力，皮肤干燥，心烦口渴，呛咳咽燥，便干，尿短黄，舌质红，苔黄，脉细数。

【治则】 清肺热，生津液

【治法】 取双侧肺区穴，上焦区穴，下焦区穴。肺区穴可用双刺法，下焦区穴用眶

内直刺法。

2．湿热浸润：

【证状】 肢体逐渐痿软无力，下肢为重，麻木不仁，或发热，小便赤涩热痛，舌红，苔黄腻，脉濡数。

【治则】 清热利湿通络

【治法】 取双侧脾区穴，肾区穴，下焦区穴。脾区穴可用双刺法，下焦区穴用眶内直刺法。

3．脾胃虚弱：

【证状】 起病缓慢，渐见下肢痿软无力，时好时差，甚则肌肉萎缩，神倦，气短自汗，食少便溏，面色少华，舌淡，苔白，脉细缓。

【治则】 补益脾胃

【治法】 取双侧脾区穴，胃区穴，下焦区穴。脾区穴及胃区穴可用双刺法，下焦区穴用眶内直刺法。

4．瘀阻脉络：

【证状】 四肢痿软、麻木不仁、肌肤甲错，时有拘挛疼痛感，舌质紫暗，苔薄白，脉细涩。

【治则】 活血通络

【治法】 取双侧心区穴，上焦区穴，下焦区穴。心区穴可用双刺法。

5．肝肾亏虚

【证状】 病久肢体痿软不用，肌肉萎缩，形瘦骨立，腰膝酸软，头晕耳鸣，或二便失禁，舌红绛，少苔，脉细数。

【治则】 滋补肝肾

【治法】 取双侧肝区穴，肾区穴，上焦区穴，下焦区穴。肾区穴可用双刺法，下焦区穴用眶内直刺法。

（九）消渴

1．燥热伤肺

【证状】 烦渴多饮，口干咽燥，多食易饥，小便量多，大便干结，舌质红，苔薄黄，脉数。

【治则】 清热润肺

【治法】 取双侧肺区穴，上焦区穴。两穴都可用双刺法。可酌情配合中焦区穴，下焦区穴。

2．胃燥津伤：

【证状】 消谷善饥，大便秘结，口干欲饮，形体消瘦，舌红苔黄，脉滑有力。

【治则】 清胃泻火

【治法】 取双侧胃区穴，中焦区穴。两穴都可用双刺法。可酌情配合上焦区穴，下焦区穴。

3．肾阴亏虚：

【证状】 尿频量多，浑如脂膏，头晕目眩，耳鸣，视物模糊，口干唇燥，失眠心烦，舌红无苔，脉弦细数。

【治则】 滋补肾阴

【治法】 取双侧肾区穴，下焦区穴，两穴可用双刺法或眶内直刺法，可酌情配合上焦区穴，中焦区穴。

4．阴阳两虚：

【证状】 尿频，饮一溲一，色浑如膏，面色黧黑，耳轮枯焦，腰膝酸软，消瘦显著，阳痿或月经不调，畏寒面浮，舌淡，苔白，脉沉细无力。

【治则】 温阳滋肾

【治法】 取双侧肾区穴，肺区穴，上焦区穴，下焦区穴。可酌配中焦区穴。肾区穴及下焦区穴可用双刺法。

5．阴虚阳浮：

【证状】 尿频量多，烦渴面红，头痛恶心，口有异味，形瘦骨立，唇红口干，呼吸深快，或神昏迷蒙，四肢厥冷，舌质红绛，苔灰或焦黑，脉微数。

【治则】 滋阴敛阳

【治法】 取双侧肾区穴，肺区穴，上焦区穴，中焦区穴，下焦区穴。肾区穴及下焦区穴可用双刺法或眶内直刺法。

（十）胃脘痛

1．肝气犯胃：

【证状】 胃脘痞胀疼痛或攻窜胁背，嗳气频作，每因情志因素而痛作，苔薄白，脉弦。

【治则】 疏肝和胃

【治法】 取双侧肝区穴，胃区穴，中焦区穴。肝区穴可用双刺法。

2．寒邪犯胃：

【证状】 胃脘冷痛暴作，呕吐清水痰涎，畏寒喜暖，口不渴，苔白，脉弦紧。

【治则】 散寒止痛

【治法】 取双侧脾区穴，肾区穴，胃区穴，中焦区穴。

3．胃热炽盛：

【证状】 胃痛急迫或痞满胀痛，嘈杂吐酸，心烦，口苦或粘、舌质红，苔黄或腻，脉数。

【治则】 清热止痛

【治法】 取心区穴，肝区穴，胃区穴，中焦区穴。取双侧，也可单侧取穴。

4．食滞胃脘：

【证状】 胃脘胀痛，嗳腐吞酸或呕吐不消化食物，吐后痛缓，苔厚腻，脉滑或实。

【治则】 消食和胃

【治法】 取双侧脾区穴，胃区穴，中焦区穴。

5．瘀阻胃络：

【证状】 胃痛较剧，痛如针刺或刀割，痛有定处，拒按，或大便色黑，舌质紫暗，脉涩。

【治则】 活血通络

【治法】 取双侧心区穴，胃区穴，中焦区穴。心区穴用双刺法。

6．胃阴亏虚：

【证状】 胃痛隐作，灼热不适，嘈杂似饥，食少口干，大便干燥，舌红，少津，脉细数。

【治则】 养阴和胃

【治法】 取双侧肾区穴，胃区穴，中焦区穴。

7．脾胃虚寒：

【证状】 胃痛绵绵，空腹为甚，得食则缓，喜热喜按，泛吐清水，神倦乏力，手足不温，大便多溏，舌质淡，脉沉细。

【治则】 温中健脾和胃

【治法】 取双侧脾区穴，胃区穴，中焦区穴，必要时可配合肾区穴。

（十一）呕吐

1．寒邪犯胃：

【证状】 呕吐食物残渣，量多如喷，胸脘满闷，可伴有恶寒发热，头身疼痛，苔白腻，脉浮滑。

【治则】 散寒和胃止呕

【治法】 取肺区穴，胃区穴，中焦区穴。可双侧取穴，病情轻亦可单侧取穴。

2．食滞胃肠：

【证状】 呕吐酸腐食物，吐出为快，大便秘结或秽臭不爽，嗳气厌食，脘痞腹胀，苔厚腻或垢，脉滑或沉实。

【治则】 消食和胃止呕

【治法】 取脾区穴，胃区穴，中焦区穴。可单侧取穴，亦可双侧取穴。

3．痰饮停胃：

【证状】 呕吐清水痰涎，脘闷痞满，口干不欲饮，饮水则吐，或头眩心悸，苔白滑或腻，脉弦滑。

【治则】 和胃化痰止呕

【治法】 取脾区穴，胃区穴，中焦区穴。可单侧取穴，亦可双侧取穴。

4．肝气犯胃：

【证状】 呕吐泛酸，口苦嗳气，脘胁烦闷不适，嘈杂，舌边红，苔薄腻或微黄，脉弦。

【治则】 疏肝和胃止呕

【治法】 取肝区穴，胃区穴，中焦区穴。肝区穴用双侧或用双刺法。

5．脾胃虚寒：

【证状】 呕吐反复，迁延日久，劳累过度或饮食不慎即发，神疲倦怠，胃脘隐痛，喜暖喜按，畏寒肢冷，面色㿠白，舌质淡或胖，苔薄白，脉弱。

【治则】 温中健脾，和胃止呕

【治法】 取肾区穴，脾区穴，胃区穴，中焦区穴。可视病情选取单侧或双侧穴位。

6．胃阴亏虚：

【证状】 时时干呕，呕吐少量食物粘液，反复发作，胃脘嘈杂，饥不欲食，口燥咽干，大便干结，舌红少津，脉细数。

【治则】 滋阴和胃止呕

【治法】 取肾区穴、胃区穴，中焦区穴。肾区穴可用双侧或用双刺法。

（十二）泄泻

1. 寒湿困脾：

【证状】 大便清稀或如水样，腹痛肠鸣，畏寒食少，苔白滑，脉濡缓。或兼风寒表证。

【治则】 祛湿散寒止泻

【治法】 取脾区穴，肺区穴，大肠区穴，小肠区穴。

2. 肠道湿热：

【证状】 腹痛即泻，泻下急迫，粪色黄褐秽臭，肛门灼热，可伴有发热，舌红，苔黄腻，脉濡数。

【治则】 清热利湿止泻

【治法】 取心区穴，脾区穴，膀胱区穴，大肠区穴，小肠区穴。

3. 食滞胃肠：

【证状】 腹满胀痛，大便臭如败卵，泻后痛减，纳呆，嗳腐吞酸，舌苔垢或厚腻，脉滑。

【治则】 消食导滞止泻

【治法】 取脾区穴，胃区穴，大肠区穴，小肠区穴。

4. 肝气郁滞：

【证状】 腹痛肠鸣泄泻，每因情志不畅而发，泻后痛缓，舌质红，苔薄白，脉弦。

【治则】 抑肝扶脾止泻

【治法】 取肝区穴，脾区穴，大肠区穴，小肠区穴。

5. 脾气亏虚：

【症状】 大便溏薄，挟有不消化食物，稍进油腻则便次增多，伴有神疲乏力，舌质淡、苔薄白，脉细。

【治则】 健脾止泻

【治法】 取脾区穴，大肠区穴，小肠区穴。脾区穴可用双侧，也可用双刺法。

6. 肾阳亏虚：

【症状】 晨起泄泻，大便夹有不消化食物，脐腹冷痛，喜暖，形寒肢冷，舌淡胖，苔白，脉沉细。

【治则】 温肾健脾止泻

【治法】 取肾区穴，脾区穴，大肠区穴，小肠区穴。

（十三）腰痛

1. 寒湿腰痛：

【证状】 腰部冷痛重着，转侧不利，逐渐加重，静卧痛不减，阴雨天加重，苔白腻，脉沉迟

【治则】 祛湿散寒，活络止痛

【治法】 取双侧脾区穴，肾区穴，下焦区穴。下焦区穴用眶内直刺法。

2. 湿热腰痛：

【证状】　腰部弛痛，痛处伴有热感，热天或雨天疼痛加重，而活动后可减轻，小便短赤，苔黄腻，脉濡数或弦数。

【治则】　清热利湿，通络止痛

【治法】　取双侧脾区穴，肝区穴，肾区穴，下焦区穴。下焦区穴可用眶内直刺法。

3．瘀血腰痛：

【证状】　腰痛如刺，痛有定处，日轻夜重轻者俯仰不便，重则不能转侧，痛处拒按，舌质暗紫，有瘀斑，脉涩。部分病人有外伤史。

【治则】　活血化瘀，通络止痛

【治法】　取双侧心区穴，肾区穴，下焦区穴。肾区穴用双刺法，下焦区用眶内直刺法。

4．肾虚腰痛：

【证状】　腰痛以酸痛为主，喜按喜揉，腰膝无力，遇劳更甚，卧则减轻，反复发作。偏阳虚者，则少腹拘急，面色㿠白，手足不温，少气乏力，舌淡，脉沉细。偏阴虚者，则心烦失眠，口燥咽干，面色潮红，手足心热，舌红少苔，脉弦细数。

【治则】　补肾止痛

【治法】　取双侧肾区穴，下焦区穴。双肾区可用双刺法，下焦区穴用眶内直刺法。

（十四）胁痛

1．肝气郁结：

【证状】　胁痛以胀痛为主，走窜不定，疼痛每因情志而增减，胸闷气短，饮食减少，嗳气频作，苔薄，脉弦。

【治则】　疏肝解郁止痛

【治法】　取双侧肝区穴，中焦区穴。肝区穴可用双刺法。

2．瘀血停着：

【证状】　胁肋刺痛，痛有定处，入夜更甚，胁肋下或见痞块，舌质紫暗，脉沉涩。

【治则】　祛瘀通络止痛

【治法】　取心区穴，肝区穴，中焦区穴。心区穴可用双刺法，也可双侧取穴。

3．肝胆湿热：

【证状】　胁痛口苦、胸闷纳呆、恶心呕吐，目赤或目黄，身黄，小便黄赤，舌苔黄腻，脉弦滑数。

【治则】　清热利湿止痛

【治法】　取肝区穴，胆区穴，中焦区穴。肝区穴及胆区穴可双侧取穴。

4．肝阴不足：

【证状】　胁肋隐痛，悠悠不休，遇劳加重，口干咽燥，心中烦热，头晕目眩，舌红少苔，脉弦细数。

【治则】　养阴柔肝止痛

【治法】　取肝区穴，肾区穴，中焦区穴。肝区穴及肾区穴用双侧取穴。

（十五）遗精

1．阴虚火旺：

【症状】　夜寐不实，多梦遗精，阳兴易举，心中烦热，头晕耳鸣，面红，口干苦，

舌质红，苔黄，脉细数。

【治则】　滋阴降火止遗

【治法】　取肾区穴，肝区穴，下焦区穴。

2．湿热下注：

【症状】　有梦遗精频作，尿后有精液外流，小便短黄而浊，或热涩不爽，口苦烦渴，舌红，苔黄，脉滑数。

【治则】　清热利湿止遗

【治法】　取肝区穴，脾区穴，肾区穴，下焦区穴。

3．心脾两虚：

【症状】　遗精因思虑或劳倦过度而作，头晕失眠，心悸健忘，面黄神倦，食少便溏，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

【治则】　补益心脾止遗

【治法】　取心区穴，脾区穴，肾区穴，下焦区穴。

4．肾虚不固：

【症状】　遗精频作，甚则滑精，腰酸膝软，头晕目眩，耳鸣健忘，心烦失眠。肾阴虚者兼见颧红，盗汗，舌红，少苔，脉弦数。肾阳虚者，可见阳痿，早泄，精冷，畏寒肢冷，面浮㿠白，舌淡，苔白滑，舌边齿印，脉沉细。

【治则】　补肾填精止遗

【治法】　取肾区穴，下焦区穴。肾区穴取双侧或用双刺法。

（十六）痛经

1．气血瘀滞：

【证状】　经前或经期小腹胀痛拒按，或伴乳胁胀痛，经行量少不畅，色紫黑有块，块下痛减，舌质紫暗或有瘀点，脉沉弦或涩。

【治则】　理气活血止痛

【治法】　取肝区穴，心区穴，肾区穴，下焦区穴。

2．寒湿凝滞：

【证状】　经行小腹冷痛，得热则舒，经量少，色紫暗有块，伴形寒肢冷，小便清长，苔白，脉细或沉紧。

【治则】　温经散寒止痛

【治法】　取肾区穴，脾区穴，下焦区穴。肾区穴可双侧取穴，也可用双刺法。

3．肝郁湿热：

【证状】　经前或经期小腹疼痛，或痛及腰骶，或感腹内灼热。经行量多质稠，色鲜或紫，有小血块，时伴乳胁胀痛，大便干结，小便短赤，平素带下黄稠，舌质红，苔黄腻，脉弦数。

【治则】　疏肝清热除湿止痛

【治法】　取肝区穴，脾区穴，肾区穴，下焦区穴。

4．气血亏虚：

【证状】　经期或经后小腹隐痛喜按，经行量少质稀，形寒肢疲，头晕目花，心悸气短，舌质淡，苔薄，脉弦细。

【治则】 补益气血止痛

【治法】 取心区穴，脾区穴，肾区穴，下焦区穴。

5. 肝肾亏损：

【证状】 经期或经后小腹绵绵作痛，经行量少，色红无块，腰膝酸软，头晕耳鸣，舌淡红，苔薄，脉弦细。

【治则】 滋补肝肾止痛

【治法】 取双侧肝区穴，肾区穴，下焦区穴。

（十七）其他适应症的治疗穴区

1. 落枕：取双上焦区。

2. 高血压：取双肝区。

3. 遗尿或尿频：下焦区、肝区、肾区。

4. 心律不齐：双心区。

5. 膈肌痉挛：中焦区。

6. 目赤痛：肝区。

7. 近视：肝区配内睛明。

8. 眼睑下垂：脾区，上焦区。

9. 电光性眼炎：上焦区、肝区。

10. 鼻炎：上焦区、肺区。

11. 音哑：肺区、上焦区。

12. 咽痛：肺区、上焦区。

13. 舌痛：心区。

14. 牙痛：上焦区、配患侧翳风穴。

15. 耳聋，耳鸣：肝区、胆区、上焦区。

16. 三叉神经痛：上焦区。第一支配瞳子髎，第二支配四白，第三支配颊车。

17. 面肌痉挛：上焦区、脾区。

18. 面瘫：上焦区。

19. 项强：上焦区、膀胱区。

20. 肩周炎：上焦区，大肠区。

21. 气管炎：肺区、上焦区。

22. 便秘：大肠区，配左腹结皮内针。

23. 痢疾：下焦区，大肠区。

24. 阳萎：肾区，下焦区。配大赫。

25. 月经不调：下焦区、肝区、肾区。

第九章　鼻全息诊疗

以全息理论为指导，通过观察鼻部皮肤色泽与形状的变化来协助诊断全身疾病，并在鼻部范围内特定穴位上进行针刺等操作来治疗多种病症的诊疗技术，即为鼻全息诊疗法。

鼻为嗅觉器官，中医认为它是肺窍，为五官之一，居面部正中，又名明堂、中岳、神庐等，是人体的一个重要组成部分。鼻虽为局部器官，但是与外界直接通连、接触，内与脏腑密切联系，并赖经络为之贯通，成一整体。鼻包含有整体的全部信息，是全身的缩影。

鼻的上端，在两眼之间，上连印堂，称为鼻根（山根）；鼻的下端高起处，在口唇之上，下接人中，称为鼻尖（鼻准，面王）；位于鼻根和鼻尖之间的中央隆起处，称为鼻梁（鼻柱、天柱）；鼻尖两旁的圆形隆起部分称为鼻翼（仙库、方上）；鼻下端二孔称为鼻孔（畜门、鼻隧）。

第一节　鼻全息诊断

实际上，早在《黄帝内经》中，就已经把鼻视为一个典型的“全息元”了，只不过在当时没有这个名称而已。此中医经典著作即记载了一个以鼻为中心的“明堂诊断法”，内容是五脏六腑皆缩影定位于鼻部各处。

《灵枢·五阅五使》篇曰：“脉出于气口，色见于明堂”，指出气口和明堂（鼻）均能反映五脏六腑的全部信息，故诊脉可独取寸口，望诊可独视明堂。至于脏腑在鼻部的缩影分布规律，《灵枢·五色》篇中曰：“明堂骨高以起，平以直。五脏次于中央，六腑挟其两侧”，另外，该篇还详载了全身各脏腑器官在鼻部具体的缩影定位，即“庭者，首面也；阙上者，咽喉也；阙中者，肺也；下极者，心也；直下者，肝也；肝左者，胆也；下者，脾也；方下者，胃也；中央者，大肠也；挟大肠者，肾也；当肾者，脐也；面王以上者，小肠也；面王以下者，膀胱子处也……”。最近美国医学专家的研究也发现：从一个人的鼻部形色变化就可以大致推测其健康状况，病变部位和性质，从而进一步证实了鼻全息诊疗的科学价值。

一、鼻色望诊

1．青色主病：

（1）鼻头色青，主腹中痛。

（2）鼻部青黄，面色晦暗，多为肝病。

（3）小儿鼻部青黑，提示病情较重，或将抽风，或为寒性剧痛。

（4）鼻尖青黄者，其人可能为淋症。

（5）鼻尖、口唇、颊部青紫，提示病情危重，多见于心力衰竭、休克、肺心病等。

2．赤色主病：

（1）鼻头色赤，主肺脾二经有热，亦主风热。

（2）鼻部潮红，皮脂溢出，为酒渣鼻征。

（3）鼻部鲜红色，可见于红细胞增多症。

（4）常饮酒者，面红，鼻更红。

（5）面青黄，鼻部毛细血管扩张、充血，多为肝硬化征象。

（6）妇女鼻梁暗红，鼻两侧有黄褐斑，多为月经不调，闭经。

（7）麻疹患儿鼻头见红疹，多为顺症。

（8）鼻红、鼻腔干燥者，易患鼻衄。

（9）鼻窍红肿，皆为热毒，多见于鼻疔、鼻疖、鼻疮、鼻疽的初起阶段。

3. 黄色主病：

（1）鼻头色黄，是内有湿热，又主胸中有寒。寒则食少，故又主便难。色黄病在脾，脾不运化水湿，则湿郁可以化热；若脾阳素虚，则湿邪化为寒饮，故主胸中有寒。

（2）鼻部黑黄而亮，为有瘀血。

（3）鼻部黄黑枯槁，主脾火津涸。

（4）黄色见于鼻，干燥如土偶之形，为脾气绝，主死。若如桂花，杂以黑晕，只是脾病，饮食不快，四肢怠惰。

4. 白色主病：

（1）鼻头色白为气虚、血虚或亡血。

（2）鼻部色白主肺病，如寒痰、寒嗽、慢性支气管炎等。

（3）鼻头色㿠白，主脾虚，脾胃虚寒。

5. 黑色主病：

（1）鼻头色微黑，为有水气。鼻头有黑色，主满腹痛。

（2）妇女鼻头现微黑色，为膀胱或子宫有病，多见于淋病，崩漏，带下之疾。

（3）鼻部色黑为劳。鼻头黑而枯燥者为房劳；鼻部色灰黑而有肝斑者，多为闭经，血虚血瘀之血劳。

（4）男子鼻头有黑色，黑色侵及人中者，主阴茎，睾丸痛，为狐疝之疾，乃寒伤肝肾之故。

（5）鼻孔燥黑如烟煤者，为阳毒热深，或为燥热结于大肠，或为肺绝之征。

（6）鼻头色黑光浮而明，如涂膏者，为暴食不洁之食物。

（7）鼻孔冷滑而黑者，则为阴毒冷极，此乃真正寒水之色。

二、鼻形望诊

1. 形态变化主病

（1）鼻肿为邪气盛，鼻陷下为正气衰。

（2）鼻柱溃陷，多为梅毒病人。鼻柱崩溃，眉毛脱落，是麻风病之恶候。

（3）蛙状鼻：鼻梁高厚宽大鼻背平坦，外形犹如伏一只青蛙，故称蛙状鼻。可见于鼻息肉和先天性脑膜膨出等。脑膜膨出者的鼻根部正常凹陷早已消失，而鼻息肉者此处仍为正常凹陷。

（4）鞍鼻：即鼻梁（或鼻背）的鼻骨部位变平，甚至下陷，则相对地眉间与鼻尖显得翘起，整个鼻子也显得短些，形如马鞍，故称鞍鼻。常见于先天性鼻梁发育不良，增殖体肥大、先天性腭裂，鼻中隔穿孔，鼻骨骨折，呆小病，先天性软骨发育不全症，麻风病，

梅毒病等。

（5）鼻翼煽动：鼻翼煽动是病人每当吸气时，鼻翼即向外扩张，呼气时恢复原位。多见于病理性呼吸困难状态，如高热、乙型脑炎、大叶肺炎、支气管哮喘、心源性气喘、呼吸道阻塞、酸中毒、急性腹膜炎等。鼻翼煽动频仍，呼吸急促，在新病出现主痰热壅肺，肺气闭塞之重证，多见于小儿。

（6）鼻梁塌陷，红肿压痛，乃鼻骨骨折之鼻形。

（7）张口呼吸，说话鼻音较重者，多是鼻塞和慢性鼻炎之征。

（8）鼻尖异常柔软，并伴有舌尖常伸口外，面容痴呆，两眼距宽，多为先天愚型病。

（9）鼻红粒病：鼻部多汗，鼻头有红斑、丘疹、皮疹，很象酒渣鼻。

（10）鼻硬结病：为一种慢性疾病，发生于鼻部及上唇。鼻部发生坚硬的结节，色暗红，易变成鼻部畸形。

（11）红斑性狼疮：鼻背、两颊出现微高出皮肤的鲜红斑，伴有发热、关节疼痛等。

（12）鼻疳：鼻红肿疼痛，继之浸淫溃烂，连唇成疮，又兼咳嗽气促，毛发焦枯等症。

（13）鼻疽：生于鼻柱，坚硬色紫，乃由肺经郁火而成。

（14）鼻疖：初起状如粟粒，顶高头尖，根脚坚硬，起小白疱，红肿疼痛。

2. 鼻涕变化主病：正常鼻粘膜也有粘液分泌，但病理性分泌物增多，则有诊断意义。

（1）鼻塞涕浊稠者，为风热，或肺经有火。鼻塞流清涕者，为风塞袭肺；浊涕下不止者，胆移热于脑，鼻渊之症。

（2）水性鼻涕：见于过敏性鼻炎、急性鼻炎，某些急性传染病的前驱症状（如麻疹、猩红热等）、流感、风寒感冒、刺激性气体（如冷空气、辛辣气味）刺激、三叉神经痛发作、筛板骨折引起的脑脊液外漏等。

（3）粘脓性鼻涕：见于慢性鼻炎、鼻窦炎、鼻狼疮等。

（4）豆腐渣样鼻涕：多为干酪样鼻炎。

（5）奇臭鼻涕：见于萎缩性鼻炎、鼻异物等。

（6）血性鼻涕：鼻内外创伤、鼻咽部癌。

第二节　鼻全息治疗

一、鼻穴的定位及其主治

（一）基础鼻穴：为了记忆方便，可将其穴点归属于三条线，分别介绍如下。

1. 第一条穴线，起于前额正中，止于鼻尖端，即鼻之正中线，共 10 穴（见图 9－1）。

（1）首面穴（又名头脑穴）：

定位：额部正中处，眉心至前发际中点连线之中心点。

主治：头痛、头晕、失眠、多梦、健忘、鼻炎、鼻窦炎、腮腺炎、急性结合膜炎、电光性眼炎等头面诸疾。

（2）咽喉穴：

定位：在首面穴与肺穴连线间的中心点。

主治：急慢性咽喉炎、扁桃体炎等。

(3) 肺穴（即眉心、印堂穴）：

定位：两眉内侧端连线的中心点。

主治：急慢性支气管炎、肺部疾患。

(4) 心穴（又名健脑穴）：

定位：两目内眦连线的中心点。

主治：胸闷、胸痛、心悸、心脏疾患、神经衰弱症状等。

(5) 肝穴：

定位：鼻梁最高点之下方，两颧连线与鼻正中线交叉点。

主治：急慢性肝炎、黄疸、胆囊炎等。

(6) 胰穴：

定位：鼻正中线上，肝穴与脾穴连线中点。

主治：急慢性胰腺炎、糖尿病。

(7) 脾穴：

定位：位于鼻正中线，心穴与前阴（生殖器）穴连线的中心点。

主治：脾功能亢进、贫血、消化不良、腹泻等。

(8) 肾穴：

定位：位于鼻正中线，脾穴与前阴（生殖器）穴连线的中心点。

主治：急慢性肾小球肾炎、肾盂肾炎、肾功能减退、肾性高血压、肾虚诸症。

(9) 前阴（生殖器）穴：

定位：鼻尖端。

主治：阳萎等性功能减退症、阴道炎、外阴瘙痒。

(10) 睾丸（男）或卵巢（女）穴：

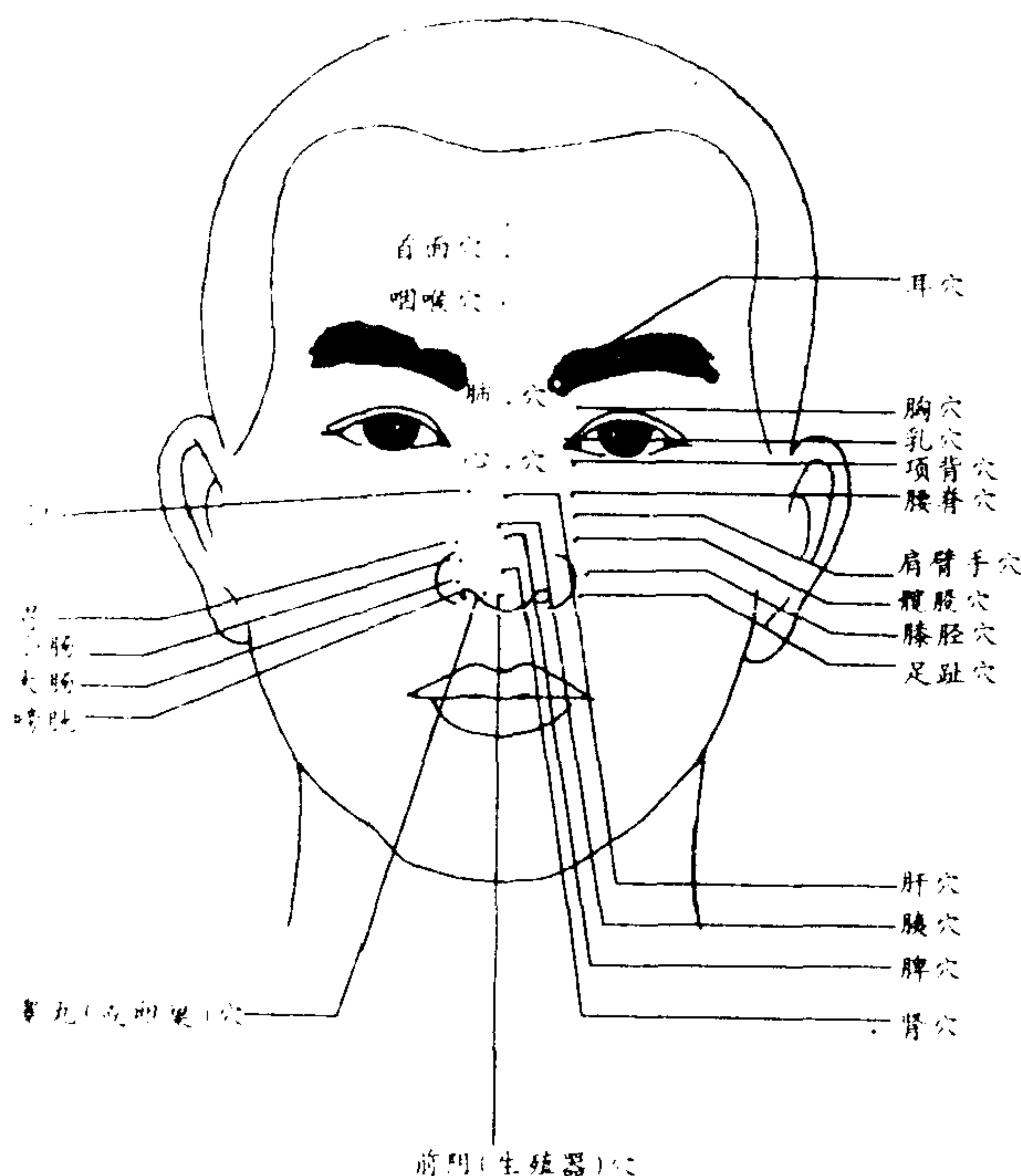


图 9-1　基础鼻穴示意图

定位：鼻尖的两侧，左右各一，正当鼻翼初起的内侧沟处。

主治：性功能障碍、睾丸炎、副睾炎、阴囊湿疹、功能性子宫出血、痛经、不孕症等。

备注：针刺时向膀胱穴方向沿皮斜刺 0.2 寸。

2. 第二条穴线：起于肝穴相平处，紧靠鼻梁两侧，止于鼻翼下端尽处，左右各一条，每条线各有 5 穴。刺时均向第三条穴线方向斜刺。

(1) 胆穴：

定位：位于目内眦下方，肝穴外侧。

主治：急慢性胆囊炎、胆石症。

（2）胃穴：

定位：位于胆穴之下方，脾穴之外侧。

主治：消化不良，恶心呕吐，胃脘痛。

（3）小肠穴：

定位：位于胃穴之下方，鼻翼上$^{1}/_{3}$处。

主治：腹痛、腹泻、胃肠功能紊乱等。

（4）大肠穴：

定位：位于小肠穴之下方，鼻翼之正中。

主治：腹痛、腹泻、便秘、痢疾、阑尾炎等。

（5）膀胱穴：

定位：位于大肠穴之下方，鼻翼外壁之尽处。

主治：膀胱炎、尿道炎、遗尿、尿潴留。

3. 第三条穴线：起于眉内侧端，下行于第二条穴线外1－2分处，至鼻尽处为止。左右各一条，每条穴线各有9穴。一般沿鼻沟向下斜刺。

（1）耳穴（即攒竹穴）：

定位：眉之内侧端处。

主治：耳鸣、耳聋、目疾等。

备注：沿皮向眉心处刺。

（2）胸穴：

定位：位于眉棱骨之下方，目窝内上。

主治：胸闷、胸痛、肋间神经痛等。

备注：向乳穴方向刺。

（3）乳穴：

定位：位于睛明穴之上方。

主治：乳腺炎、少乳、乳腺小叶增生等。

（4）项背穴：

定位：位于睛明穴之下方。

主治：项背疼痛、落枕、甲状腺功能障碍等。

（5）腰脊穴：

定位：两颧骨之内侧，与肝穴相平。

主治：各种腰痛、坐骨神经痛。

（6）肩臂手穴：

定位：位于腰脊穴下方，平鼻翼上部处。

主治：肩周炎、肩（肘、腕、手）关节扭伤、前臂疼痛或麻木。

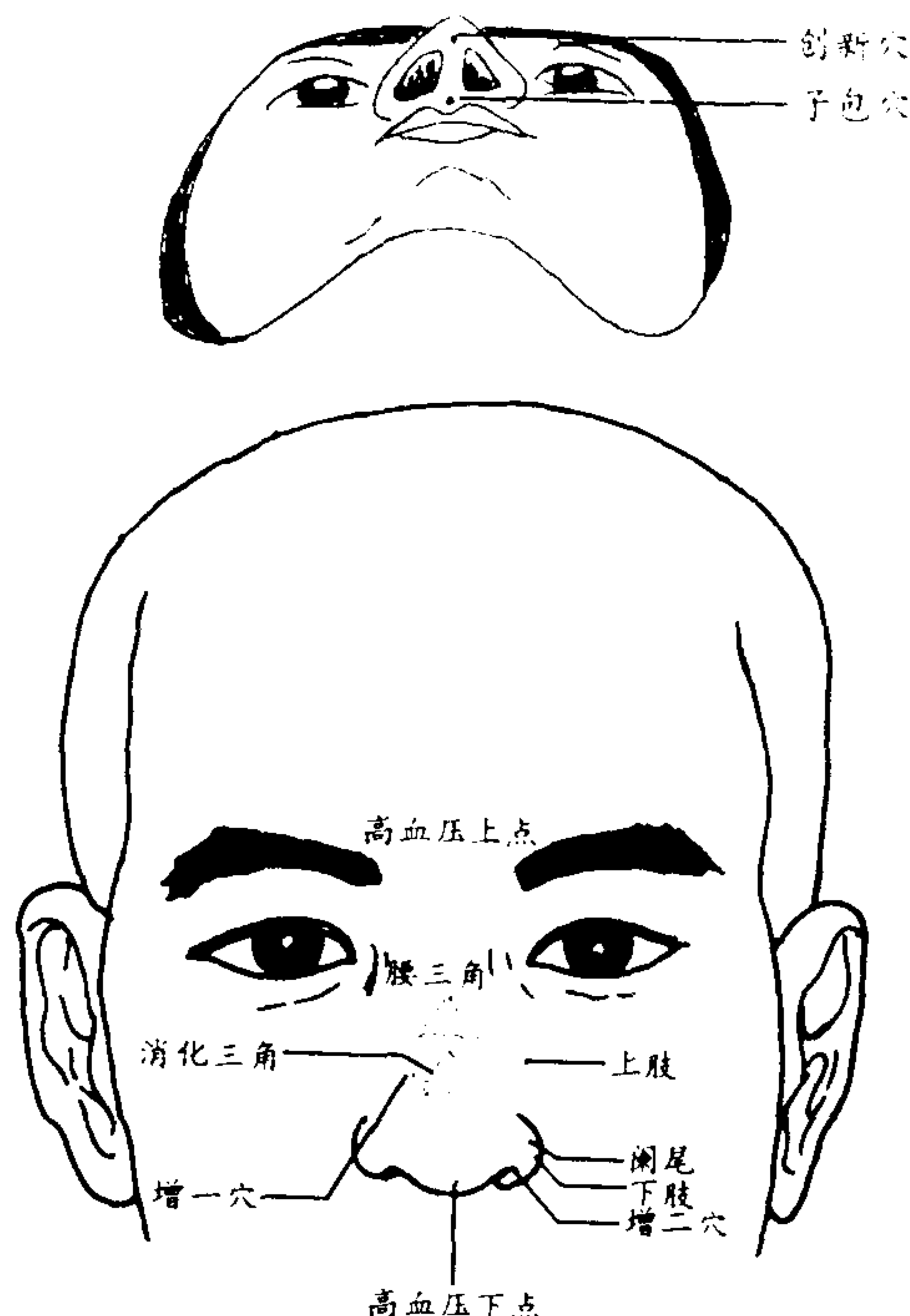


图9－2　鼻部新穴示意图

（7）髋股穴：

定位：位于肩臂手穴下方。

主治：坐骨神经痛、臀及骶部病变。

(8) 膝胫穴：

定位：位于髋股穴之下方。

主治：膝关节病变、小腿疼痛或麻木、腓肠肌痉挛等。

(9) 足趾穴：

定位：位于膝胫穴下方，平膀胱穴处。

主治：踝关节、趾关节扭伤、足部诸关节风湿性炎症。

(二) 鼻部新穴：由于该组穴点多是按照其主治功能命名的，故不一定均赘述其主治(见图9-2)。

(1) 高血压上点穴：两眉正中心点，即基础鼻穴的肺穴（印堂穴）。

(2) 腰三角穴：由正中点和两侧点组成一等腰三角形。正中点在心穴下方，鼻骨下缘；两侧点在正中点的外下方，以鼻正中线为轴互相对称。

(3) 消化三角穴：形同腰三角穴，正中点在腰三角底边中点之下方，两侧点在其外下方。

(4) 高血压下点穴：位于鼻尖稍下方。

(5) 上肢穴：位于肩臂手穴之下方。

(6) 阑尾穴：位于鼻翼外上部。

(7) 下肢穴：即基础鼻穴的膝胫穴。

(8) 创新穴：两鼻孔上缘连线与鼻正中线交点处。

(9) 子包穴：鼻中隔稍下，水沟穴上方。

(10) 增一穴：位于两侧鼻翼内缘凹陷处。

(11) 增二穴：从增一穴起，沿鼻翼内纹线延至鼻孔上缘处。

备注：创新穴透子包穴、增一穴透增二穴主要用于鼻针麻醉作腹部手术时用，也可用于腹部器官病变之鼻全息疗法之配穴。

二、配穴方法（同面针）。

三、操作方法

常规消毒。一般采用30～32号半寸长毫针。第一条穴线及其附近的穴点，多用横刺(向下或向上)，刺入较浅；第二、三条穴线及其附近的穴点，多采用斜刺，可进针0.2～0.3寸，以不刺及软骨为度。亦可采用透穴法。

针刺得气后，可留针10～30分钟，每隔5～10分钟行针一次。如病情需要，亦可用皮内埋针数小时或一、二天左右，亦可用点刺（速刺）法，并可加电针刺激。

一般每日或隔日针刺一次，十次为一疗程，两疗程之间休息7天左右。

此外，有学者新创“鼻部三针”刺法，即在上述鼻针穴位的基础上，按三焦理论，将其总结归纳为上焦针、中焦针和下焦针：分别在首面穴、肝穴及前阴（生殖器）穴进针，向四周鼻穴方向透刺，各治疗上、中、下焦疾病，也取得良好效果，是谓“鼻部三针”。

四、适应症

鼻全息治疗的适应症比较广泛，对针灸临床的多种疾病均有理想疗效。

(一) 疼痛性疾病：

1. 神经性疼痛：血管神经性头痛、神经衰弱性头痛、三叉神经痛，坐骨神经痛等。

2. 创伤性疼痛：扭伤、挫伤、落枕、术后伤口痛。

3．炎症性疼痛：中耳炎、胆囊炎、阑尾炎、肠炎腹泻等。

4．癌症性疼痛：各种中晚期癌症疼痛。

（二）功能性疾病：神经衰弱、更年期综合征、胃肠功能紊乱、功能性心律失常等。

（三）代谢性疾病：糖尿病、高脂血症、甲状腺机能亢进等。

（四）其他：痹证、肝脾肿大等，以及用于某些手术的鼻针麻醉。

五、注意事项

1．面部感觉敏感，故鼻针针感较强，针刺前应预先做好思想工作，取得病人合作。一般采用卧位，手法轻柔，尽量减少疼痛，以防晕针。

2．须严格消毒，以防止感染，如针刺局部有瘢痕，应避开，以免引起出血或疼痛。

3．由于鼻部皮肤肌肉较薄，选用针具不宜过长，也不宜直刺进针，以免针身歪斜引致疼痛，但要掌握好针刺深度及方向，以防止穿透鼻腔粘膜或刺伤眼球。

六、常见病的治疗

1．支气管炎

取穴：肺穴、咽喉穴、胸穴。

备注：刺胸穴应由眉棱骨的下方向乳穴方向刺为宜。

2．支气管哮喘

取穴：首面穴、肺穴、肾穴。

3．冠心病

取穴：心穴、肾穴、首面穴。

4．头痛

取穴：首面穴、心穴。

备注：刺首面穴可持30号2寸毫针，由额正中向眉心透刺。

5．神经衰弱

取穴：心穴、肾穴、首面穴、胆穴。

6．高血压病

取穴：高血压上点穴、高血压下点穴、心穴、肝穴。

备注：刺高血压上点穴时，以左手拇指、食指捏起穴部皮肤，右手进针，从上向下沿皮刺0.5～1寸，忌向外刺，得气时有胀感或放散至鼻部。

7．眩晕

取穴：肝穴、胆穴、心穴、高血压下点穴。

8．急慢性胃炎

取穴：胃穴、肝穴、脾穴，或消化三角穴。

9．胃或十二指肠溃疡

取穴：胃穴、胆穴、小肠穴、首面穴。

10．胆囊炎

取穴：胆穴、肝穴。

11．细菌性痢疾

取穴：大肠穴、小肠穴、胃穴。

12．阑尾炎

取穴：阑尾穴、大肠穴。

13. 腰痛

（1）取穴：腰脊穴、肾穴、膀胱穴。

备注：刺腰脊穴得气后，针尖可向肝穴方向透刺。

（2）取穴：腰三角穴。

备注：选32号半寸毫针，用针柄找准腰三角穴，作以压痕，常规消毒后，直刺0.2寸许，以病人有针感为度，伴下肢痛者，可加膝胫穴，留针15～30分钟，其间每隔5分钟行针一次，同时嘱病人做腰部活动。

14. 坐骨神经痛

取穴：腰脊穴、肾穴、髋股穴、足趾穴。

15. 肩周炎

取穴：项背穴、上肢穴、肩臂手穴。

16. 痛经、月经不调

取穴：卵巢穴、前阴（生殖器）穴，肝穴、肾穴。

备注：刺前阴穴得气后，针尖向两侧卵巢穴透刺。

17. 产后缺乳

取穴：乳穴、肝穴、卵巢穴、胃穴。

备注：刺肝穴得气后，针尖可向脾穴、肾穴透刺。

18. 遗精、阳萎

取穴：前阴（生殖器）穴、睾丸穴、心穴、肝穴、肾穴。

备注：刺心穴得气后针尖可向下沿肝穴、脾穴、肾穴透刺。

19. 遗尿（或尿潴留）

取穴：心穴、肾穴、前阴（生殖器）穴。

20. 肝、脾肿大

取穴：肝穴、脾穴。

备注：用弱刺激手法，留针15～20分钟，每日一次，20次为一疗程。

21. 糖尿病，胰腺炎

取穴：胰穴、胆穴、腰脊穴。

22. 腹痛腹泻

取穴：大肠穴、脾穴、消化三角穴。

23. 戒烟

取穴：胆穴、肺穴。

备注：胆穴用双侧，直刺1～2毫米，提插、捻转2～3秒，至轻微泪出为度；肺穴向下透刺3～5毫米，至心穴，均留针10分钟；亦可配合耳穴、肾穴等交替针刺；或用氦-氖激光照射胆穴，持续3～5分钟，每周3次，连续治疗半月至一月。

第十章　口腔、人中全息诊疗

第一节　口 腔 全 息 诊 疗

全息论的兴起和发展，带来了医学领域的一场革命。在中医学、在针灸学中，许多似乎不可理解的理论和治疗方法得到了较圆满的解释。许多貌似独立的部分（如各种微针系统）从宏观到微观得到了统一。不断发现的新的微针系统，更使许多医学难题得到了圆满解决。衍生于口针的口腔全息诊疗法，在继承和发扬传统中医理论的基础上，更进一步从宏观角度阐述了口腔局部与机体的全息关系，并将口针治疗疾病的原理在更高层次上进行了解释。以口针治疗中风后遗症为例：全息论对口腔、大脑及患侧肢体这三个既独立又统一的全息元，在肢体功能恢复过程中所起的作用，以及三者全息相关程度，做了明确的阐述。首先，在形态上口腔与患侧肢体呈同侧上下全息对应关系，两者虽然具有不同的结构，但内涵的全息信息是一样的，所以针刺口腔穴位可以促使患侧肢体功能恢复。在疗效上我们的实践证明比体针效果更好（详见“国际微针疗法研讨会”刘亚娴，干溯文）。另一方面从西医学看造成患侧肢体功能障碍的原因，在于脑梗塞及脑出血。为什么体针治疗不如口针治疗效果好呢？从全息论的角度来看，可以认为患侧肢体与大脑的全息相关程度不如口腔与大脑的全息程度高（从神经系统来看，口腔分布的神经直接隶属于脑神经，而肢体分布的神经则属于脊神经，两者在生理上存在着差异）。所以刺激口腔穴位远比刺激肢体穴位对大脑的影响大。如果同时刺激口腔和肢体这两个全息元，疗效也就会更好。这在我们大量的临床实践中已得到证实。

一、口腔与人体的全息对应关系

口腔前面是双唇，两侧是面颊内侧，其顶部前是硬腭后为软腭，底面是舌下软组织。中间包含着齿、齿龈和舌。可以说口腔是一个立体的微针系统，又是一个相对独立的全息元。口针穴位的分布规律与人体各部的对应关系也基本符合人体缩影。

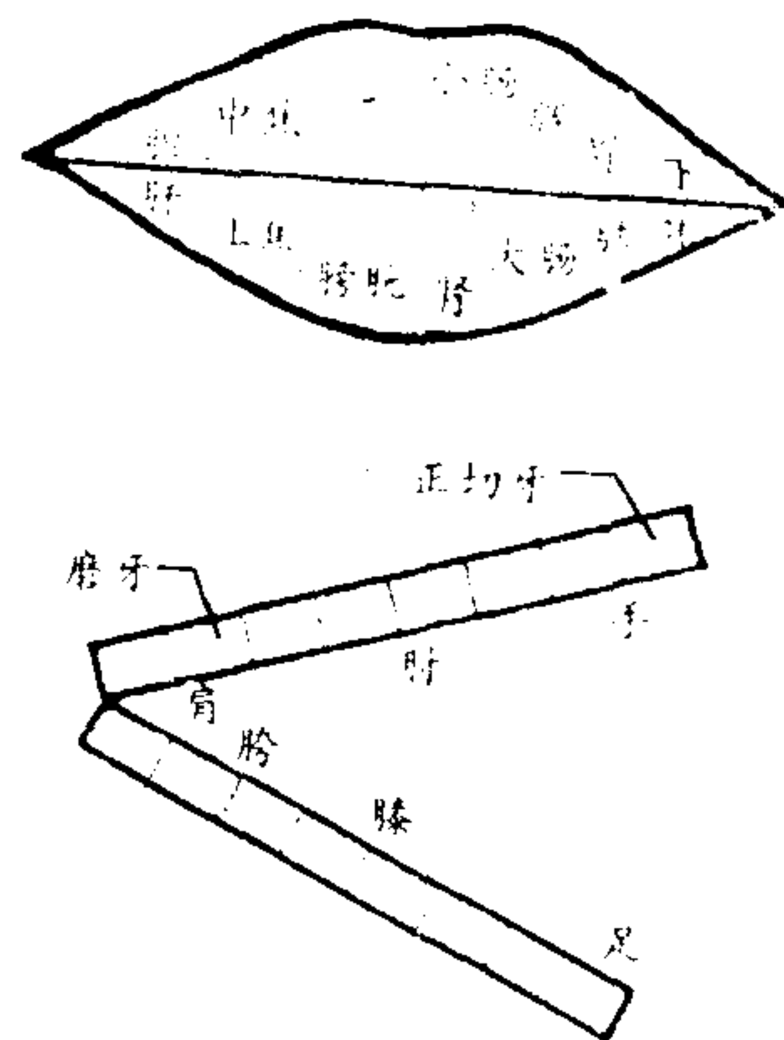


图 10-1　口唇、牙之分[illegible]

口腔内的上下齿龈与人体的四肢相对应，上齿龈由切牙到磨牙连贯而又有阶段地对应着手、腕、前臂、肘、上臂、肩关节等部位；下齿龈由切牙到磨牙连贯而又有阶段地对应着足、踝、小腿、膝、大腿、胯关节等部。在齿龈上分布着上下肢各种疾病的口针穴位。上下齿龈又紧紧环抱着五脏六腑的对应区，即硬软腭和舌下软组织。具体为舌下软组织为脏腑区，硬软腭对应的主要是泌尿生殖系统。头部的对应区则是在下唇系带周围。腰背部的对应区是在上唇系带周围。人体神经系统和皮肤的对应区在双唇上（见图 10-1）。

另外有人把上下唇分为十三部分，分别对应中医脏腑学说中的五脏六腑，并据此治疗各种病症也取得了满意疗效（见图 10－1）。

二、口腔全息诊断

中医的藏象学说包含有局部再现整体的全息观点。人体任何一个部位其中都包含着整体的全息信息。人体某一局部的生理变化蕴含着五脏六腑、阴阳气血变化的整体信息。局部与整体，局部和局部之间都具有相关性。比如，眼科的五轮学说、舌象学说、指纹学说、寸口脉学说等。口腔做为一个全息元，它不仅在形态上与人体各部相对应，它出现的各种生理变化中也包含着整体的全息信息。这种全息信息既是“脾开窍于口”、“舌为心之苗”、“齿为骨之余”、“肾主骨”的反映某系统变化的信息，更是反映整体综合生理变化的信息。当然口腔仅是一级全息元，虽然它包含了整体的所有全息信息，但由于全息元只能反映出整体的显态变化，对整体潜在变化是反映不出的。所以要以中医的“四诊合参”来正确对待包括口腔全息诊断的所有特定部位的全息诊断方法。

（一）口唇：作为更小一个的全息元，有人将其分为十三个区域，并根据不同区域出现的色泽感觉的变化来判断中医脏腑的病变（见图 10－1）。中医基础理论中也有这样的论述。如唇色淡白多为脾胃虚弱，气血不足；口唇青紫多为脾胃虚寒或气滞血瘀；口干唇裂起皮，表示胃阴虚胃津耗竭；口唇糜烂溃疡，表示脾胃有热或饮食过量。睡眠时口角流涎，多是脾胃虚热。口角一侧流涎，提示面神经麻痹。从形态变化上看，唇开不闭其病主虚；唇开而气但出不还者为肺气绝；唇开如鱼口不能合者是脾气绝；撮口色青伴抽搐者为肝风侮脾；唇歪为风中于络。

上唇系带区为腰背的全息对应区。上唇系带出现小结节者，多有腰疼病史（将结节钳去可缓解腰疼）；也有人报导上唇系带出现滤泡及小白点是痔疮的表现。

（二）齿、齿龈：从中医理论来说脾开窍于口，胃之经脉络于齿龈，而脾胃又是受纳腐熟水谷，运化水谷精微的器官。脾主四肢（从全息观点上看齿龈是肢体的对应区）。所以齿龈的色泽形态的变化直接反映着脾胃及四肢的病理变化。齿龈出现红肿热疼甚至出血，多是胃火旺盛。齿龈色淡发白，为血虚胃弱之象，此时四肢也表现为软弱无力。齿龈腐烂，是牙疳症表现。

齿为骨之余，肾之所主。齿色润泽表示津液内充；齿色枯槁为精气内竭。牙齿光燥如石，表示阳明热盛；干燥如枯骨，为热盛肾阴涸竭；齿缝出血伴疼者为胃火盛，不疼者是肾火上炎；出现咬牙、啮齿，是肝风内动，但咬而不啮者是内热充络。小儿睡中咬牙为有积滞或虫症。

（三）舌：（略）。

（四）口针鉴别诊断：中医学的整体观念，在发病学上提出“有诸内，必形诸外”，因而查其外候，推断内在脏腑的变化就成为中医诊断学的一大特色，也是一大优点。以全息论指导临床工作，不仅使这一理论得到了发扬，而且发现了一些具有鉴别诊断意义的新情况，有深入研究的必要。

比如：对脑血管意外的早期诊断及脑出血脑梗塞的鉴别诊断，CT 检查为重要手段，但也受到一些客观条件的限制。我们在口针治疗中初步观察到：在第一次使用口针治疗时，如果患侧肢体出现肌力改变，在急性期往往为脑梗塞，并且多为“腔隙性梗塞”。

再如下肢外侧疼。如针刺口针穴位的坐骨神经穴，疼痛减轻或消失，过两三天又加重

者，多为原发性坐骨神经疼，且多与久受潮湿寒冷有关。如口针几次治疗后，疼痛不再出现，则多为继发性坐骨神经疼，如腰椎骨质增生，轻微的椎间盘脱出等。

三、口腔全息治疗

全息论给针灸临床开辟了广阔天地，包括口针在内的各个微针系统，基本被全息论所解释、扩展和统一了起来。各微针系统所处的各全息元，都是在针的刺激下向整体，也向各个全息元不断发出信息和储存信息，激活病灶组织内的正常生理信息，促使组织功能或细胞恢复和再生。针灸治疗实际上就是信息治疗。从理论上讲所有的疾病都可以完全治愈，但是为什么某些病要留有后遗症呢？比如一部分中风病人多多少少都留有肢体末端的功能不能完全恢复。全息论告诉我们，做为各微针系统的各个全息元，即人体各个相对独立的部分，由于“特化作用”而和病变部位（也是全息元）之间形成某种全息不全，所传递的信息是有差异的。也就是说微针系统所在的全息元不能将整体的全部信息传递到病变的全息元。又由于各有特化各微针系统所在的全息元在全息信息方面又有所侧重，所以单纯用一种微针系统治疗就容易出现不同的预后。因而临床上应以多针种共同治疗效果才最好。我们就是以口针为主加多针种治疗的。

我们体会口针有以下特点：第一，疗效显著。比如，中风后遗症病例中多数的软瘫病人，在第一次治疗后即可提高Ⅰ至Ⅱ级肌力。软瘫的治愈率也很高。第二，口针无针感。如果出现针感则效果不佳。第三，口针进针无疼或微疼，容易被病人接受。第四，选穴准确性和进针的角度要求很高。第五，口针在中风早期即可介入治疗，这是因为口针穴位中的“血压调解穴”对血压有双向调解作用，可预防血压波动。第六，口针是“运动针”，可带针进行功能活动。如脑梗塞病人常常可带针1～4小时作患肢功能活动。兹介绍口针的几钟临床应用如下：

（一）口针治疗中风后遗症（上）（肢瘫）

口针治疗中风后遗症之肌力减低或消失，比体针有许多优越性，尤其是对软瘫的病人，在恢复患侧肢体肌力方面有效率很高。许多病例在第一次治疗后即可提高肌力Ⅰ至Ⅱ级。

1．针刺方法：我们总结了四种以口针为主的方法。第一，单纯用口针穴位治疗。此法适用于“气虚证”者，病人一般神志清醒，患侧肢体肌力多在Ⅰ至Ⅱ级；第二，口针穴位加健侧两个经验穴（在膝、肘关节外下方）。此法适用于“肝胆热盛”者；第三，口针穴位加患侧肢体穴位（新环跳、巨骨）。此法适用于舌脉无明显变化者；第四，口针穴位加头皮针。此法适用于兼有“足内翻”症状者。

2．针刺程序及针感：无论使用哪种方法，均先刺口针穴位，然后再刺体针或头皮针穴位。刺口针时不作手法，也不要求出现针感。刺体针时则要求尽可能强烈的针感，有时需要单手双针刺一穴，以加强针感。常用手法为“烧山火”和“呼吸补泻”。取健侧经验穴时的针感是首先健侧头部温热，继而患肢温热或全身热感，并且多半有视物明亮感。针刺健侧经验穴，应每隔5～10分钟作一次手法，以保持针感持续存在。

每日针刺一次，十次为一疗程，两疗程之间应休息三天。

3．典型病例：王某，女，67岁，工人。住院号164215，患脑梗塞两个月，由于对多种西药过敏而转中医科。查体右下肢肌力Ⅱ级，右上肢肌力0级。使用第三种方法治疗60分钟后，右下肢肌力达Ⅲ级，右上肢达二级，针刺七次后肌力基本恢复正常。

（二）口针治疗中风后遗症（下）（失语）

对中风后一些病人出现的失语、眼睑下垂、复视、足内翻等，口针治疗也有很好疗效。

1. 中风失语

①穴位选择：口针穴取舌下的心对应区及舌尖；体针取双水泉穴（其深层为星状神经节）；头皮针取双侧颞前线。

②针刺方法：针舌下心对应区时，嘱病人抬高舌尖，用三棱针快速点刺穴位三、四下，以出血为度。然后垫纱布将病人舌体牵出，用三寸左右毫针（视舌体长度来定）从舌尖正中垂直刺入舌体，不留针。针水泉穴时，应用押手消毒后将颈动脉拨开，然后垂直刺入，并作轻微捻转，如果病人出现同侧面部发热或上睑下垂不适感时，则视为应有针感，留针半小时。双侧头皮针颞前线，在针刺留针时应连接 G6805—1 电针治疗仪，以高频治疗。

2. 上睑下垂。

①穴位选择：口针穴取舌下心、肝对应区及抑制 1 和抑制 2，体针借用治疗面神经麻痹的落睑穴和四白穴透睛明穴。

②针刺方法：在口针的心肝对应区以三棱针点刺出血，抑制 1 和抑制 2 两穴，应选用长针刺入，留针半小时。落睑穴实际上就是由阳白穴向下平刺，直达上睑缘（在临床上多用于面神经麻痹的眼睑闭合不全）。留针半小时，拔针后嘱病人用手被动作抬睑动作 15 分钟。

3. 复视。

①穴位选择：口针穴取眼对应区及血压调解穴，体针取胫骨内侧阿是穴和球后穴。

②针刺方法：口针的眼对应区及血压调解穴位置相邻，两穴针刺方向和角度不同。针眼对应区时只用毫针刺入牙龈 1～2 分即可，而血压调解穴则用较长毫针（1.5～2 寸）以 45 度角分别从牙龈粘膜与颊粘膜相接处刺向颧骨，留针半小时（针此穴时有些病人出现晕针）。胫骨内侧的压疼点往往多出现在内踝上五寸左右，其外侧与足少阳胆经的光明穴相对。针此穴时常用多针刺一穴方法，或作穴位封闭（利多卡因加维生素 B_{12}）以加大刺激量。针球后穴时应注意避免出血。

4. 足内翻：某些中风病人肌力恢复虽然很好，但因足内翻而不能行走，有些在行走一段距离后，突然出现足内翻而摔倒。病人对此既苦恼又恐惧，常常不敢练习行走，从而影响康复。

①穴位选择：口针穴取足踝对应区、头皮针的顶颞带（前顶穴至头维穴）和梅花针打刺解溪穴一申脉穴——昆仑穴环线、外踝直下与京骨穴连线的赤白肉际。

②针刺方法：口针的足踝对应区留针 3～4 小时，并嘱其带针行走活动。头皮针顶颞带，从前顶穴和头维穴各刺入一针，接 G6805-1 电针治疗仪，用高频治疗，梅花针打刺的两条线，应在每次针灸开始和结束时各打刺一次。

（三）口针治疗坐骨神经痛

坐骨神经疼有的是原发的，有的继发于某些疾病（如腰椎骨质增生或腰椎间盘脱出等）。西医常用神经阻滞疗法或牵引治疗，中医则按“痹症”辨证用药或用体针治疗。对于原发的坐骨神经疼有些病例治疗后易复发，有的复发后症状会加重，继发于某些疾病的

坐骨神经痛因病程长上述治疗起效缓慢，致使许多病人不能坚持治疗。而口针治疗该病疗效是满意的。

如果从全息论的角度来看坐骨神经痛，疼痛最明显的部位是臀部到髌骨外侧这一段，作为一级全息元，它与整体的对应关系是头上足下。病人主诉最疼的臀部正是对应着人体的头部。我们设想坐骨神经痛经久不愈，是否与大脑对下肢受到的刺激反应错误有关连呢？是否是长期治疗引起疼阈降低呢？我们又联想到临床上用缪刺法治疗坐骨神经疼，对久治不愈的病例，在用针强刺激健侧肢体穴位后，有些病例的疼痛得到了程度不同的改善，有些病例则治愈了。这是否说明针刺健侧穴位可以转移大脑的兴奋灶呢？基于上述推测，针刺口针的坐骨神经穴和下唇系带的健侧（头对应区），使许多继发性坐骨神经痛病例的疼痛也减轻或消失了。

1．针刺方法：口针患侧第二磨牙牙龈及相对的颊粘膜处两针，贴下唇系带正中垂直刺人一针，共三针。行针时令病人活动患肢直到肢体发热为止。对一部分耐受力强的病人，可接G6805—1电针治疗仪，以低频治疗半小时。同时针健侧环跳穴一针，不作手法刺入即可。

2．针感：一部分患者下肢发热，伴头部清爽感，针刺局部无明显感觉，有些病人在停电针后局部表现肌肉抽搐，稍停即可消失。

3．典型病例：孟某，男，40岁，干部，主诉右下肢痛一个半月，活动受限。X线检查可见3～4、4～5腰椎轻微椎间盘脱出，曾作神经阻滞和牵引治疗，常规针灸治疗15天，疗效不佳。用上法治疗五次，病症消失。

四、口针止痛

针灸临床除了坐骨神经痛外，还常见各种疼痛病症。如胆绞痛、肾绞痛、急性胃痛、血管神经性头痛及癌症放疗后疼痛等等。现代对针灸止痛机理的研究提示，针刺止痛是通过针的刺激，来诱使体内产生腓肽样物质，特别是脑腓肽，从而达到止痛的目的。如果从全息论角度来看，疼痛的出现不仅仅是某一器官或组织出现病变引起的，而是病变组织对全身已经发生或将要发生的生理变化的信息反映，是一种警告信号（外科临床上在未查明疼痛原因之前不用止痛剂，就是个例证）。所以疼痛的原因是整体的原因，对疼痛的治疗应该是整体的治疗，不应局限于某个局部。由于口腔与人体存在全息对应关系，口腔和大脑这两个全息元存在着密切联系，所以口针穴位在止痛方面有其独到之处。体针止痛尤其是急性疼痛，如胆绞痛、肾绞痛等，往往也能立即生效，但是止痛的持续时间不长，而且也不能较长时间地留针。用口针止痛，在针刺入时虽然无疼感，但能立即制止疼痛并可以长时间留针，持续止痛时间长。另一方面，在止痛的同时，可以直接进行病因治疗（往往止痛的穴位就是疼痛发生部位在口腔内的对应区）口针止痛另一特点就是穴位少，往往只用一穴。

1．肾绞痛：此症状多见于肾或输尿管结石，起病急、痛苦大，往往无先兆，突然发作。病人精神压力很大。一般体针穴位常用肾俞、腰俞、八髎、足三里、阿是穴等。行针时病人活动不便，在突然发作时病人往往不配合。口针在治疗肾绞痛时只针刺肾在口腔的对应区（舌下软组织）一穴。病人可以带针自由活动，更利于解除疼痛。

①穴位选择：取口腔肾反映区。如果左肾结石，针刺舌系带左侧的肾反映区，如果右侧肾结石则针刺舌系带右侧的肾反映区。

②针刺方法：押手垫无菌纱布牵拉病人舌尖，然后快速直刺，进针一寸。也可以让病人自行抬舌，令舌尖抵硬腭，然后快速进针。嘱病人作弯腰扭转、踢腿等动作。并可长时间带针活动。

胆结石引起的胆绞痛，也可用此方法治疗，但针刺反应区不同。

③典型病例：李某，女，25 岁，本院职工，患输尿管结石半年，突然发作右上腹及腰部绞痛，给杜冷丁等不能缓解。用上法治疗，嘱其带针活动半小时，疼痛未发作。继续留针两个小时，疼痛消失。

2. 急性胃痛：这是临床多见病症。属于中医“胃脘疼”。胃痛常见以下证型：第一，寒性胃痛。表现为胃脘疼痛不止，喜暖喜按；第二热性胃痛，表现为胃痛时发时止伴口干尿黄舌苔黄腻；第三，虚性胃痛，表现为胃痛空腹时明显加重，喜暖喜按，进食后缓解；第四，气滞胃痛，表现为胃胀痛，伴两胁痛，嗳气吞酸；第五，血瘀胃痛，胃内刺痛，疼有定处，食后加重，大便色黑；第六，食积胃痛，胃痛拒按，嗳腐纳差，大便秽臭。

对于胃痛的针灸治疗，有人只用足三里穴进行补泻调理；也有人在胃俞穴进行穴位封闭；还有点压“小野氏点”（臀部）等等，来止痛的。在临床中还经常应用各微针系统治疗胃痛，如头针、耳针、腕踝针等。口针治疗胃痛，基本原理同于肾绞痛的治疗。但由于胃痛成因复杂多样，所以经常配合体针的一两个穴位。

①穴位选择：口针穴取胃的口腔反应区（舌系带左侧）。除了气滞性胃疼和血瘀性胃痛以外，均配刺胃的原穴冲阳穴。气滞性胃疼配肝的原穴太冲穴。血瘀性胃痛配心的原穴神门穴。

②针刺方法：针刺口针穴时，用押手垫无菌纱布牵拉病人舌尖，然后快速刺入胃反应区，留针半小时。冲阳穴的针刺法如果是寒性胃疼，则应在行针时，用酒精灯烧针柄；热性胃疼，应该点刺放血不留针；食积性胃疼，应用捻转补泻法的泻法治疗；虚性胃疼应用捻转补泻法的补法治疗。针刺太冲穴时，应配作呼吸补泻法的泻法治疗。针刺神门穴时，用平补平泻手法。

需要注意对胃穿孔、消化道出血者等急症不宜口针治疗。

③典型病例：李某，女，32 岁，胃隐痛不止三天。既往有胃溃疡病史。曾用中西药、针灸治疗，疼痛时发时止。诊断为虚性胃痛。用上法治疗三次疼痛消失。嘱其回家用艾条灸冲阳穴，每日一次。

3. 癌放疗后疼痛：许多食道癌病人进行放射治疗后，出现放疗局部或其它部位的疼痛。常见胸骨部疼或两侧肋间神经痛。

①穴位选择：口针穴位多选脾、胃、肾在口腔的对应区及口角两侧，并加用足太阳膀胱经的三焦俞穴。

②针刺方法：针刺口针穴时，令病人张口抬舌，舌尖抵硬腭，然后三棱针快速点刺脾、胃及肾在口腔的反应区数下，令其出血。在口角两边赤白肉际，向兑端穴方向各针刺一针，留针半小时。针刺三焦俞穴时，用 G6805－1 电针治疗仪连接两个三焦俞穴，用高频治疗。

③典型病例：杨某，男，55 岁，农民。患食道癌放疗 40 天后出现胸骨柄处和右肋第七八肋间疼痛，沿肋骨走向，向脊柱放射。外科诊断为肋间神经痛。并伴舌红苔黄腻，脉弦数。用上法治疗一次，疼痛缓解，五次后疼痛消失。

小结：

口针疗法，应该说是一种新兴的治疗方法。10余年来，在有关资料的启发下，我们做了较多的临床治疗观察和研究，体会到该疗法有许多优点，而且相信该疗法有很好的应用及研究前景。我们的一些体会也多次在国内外进行交流。但是也有不少问题需深入探讨：比如人体各部分在口腔的反应区的划分尚需充实，口针与全息论及口针与其它微针系统的关系，尚需深入研究，口针治疗的病种，尚需进一步扩大，有些基础研究尚待进行……。

第二节　人中部全息诊疗

一、人中全息望诊

人中与脏腑有一定的关系，为手足阳明经与督脉交会之处，督脉又统诸阳，故与诸阳经息息相关。《形色外诊简摩》云："人中内应脾胃，下应膀胱子户。"

1. 人中平塌、僵木：见于肾虚诸症（腰酸，肢冷，神疲乏力，阳痿早泄，女子久带、不孕等），风热（喉肿、肩颈僵硬等），湿热（阴囊湿痒、淋病、皮疹等）、胃病（胃火实热）。

2. 人中肿满、木硬：见于腹胀、水肿、脾虚纳差、腹腔肿瘤等。

3. 人中色白：见于里寒证（如肠腑虚寒）、气虚证（女子崩漏）、病危难症。

4. 人中微赤（或近唇际潮红）：见于血热崩漏、风热发痈。

5. 人中色青：见于寒盛之证，如脘腹冷痛、痛经。脏气衰微，则人中与唇色俱青。

6. 人中色黑：微黑主热证，某些男性患者人中色泽黑青，是患有下焦湿热（睾丸炎、前列腺炎等）或温病热盛入深。脏气欲绝者，赤黑相兼。

二、人中全息治疗

人中针原为吉林徐相富教授所创用，利用人中沟上的穴点治疗全身不少疾病的方法，现简单介绍如下。

（一）穴点定位及主治

将人中沟平分为上、中、下三段，每段三穴，共计9穴，从唇向上依次名"沟1、沟2、沟3……沟9"。

沟1：主治头面，脑颅病（急性期），唇麻，唇痈，牙痛，舌痈等。多用三棱针放血。

沟2：主治头面、项背疼痛，面瘫，中风等。

沟3：主治心肺及胸、臂、肘、腕部疾患。

沟4：主治胸部及上腹部病变，如胸胁痛、胃脘痛、乳痈等。

沟5：主治脾胃及腰脊疼痛，如急性腰扭伤，胰腺炎，胆道蛔虫症等。

沟6：主治肝肾及腰脊疼痛等症。

沟7：主治昏厥、中暑、中风、抽搐、急性腰扭伤、肝肾疾患、尿潴留、腹股沟病变。

沟8：主治双下肢及膝部疼痛。

沟9：主治同沟8，兼治鼻痛、鼻干。

一般说来，上部3穴（即沟7、沟8、沟9）主治下焦（肝、肾、胞宫、膀胱）及下

肢病变；中部3穴（即沟4、沟5、沟6）主治中焦（脾、胃、大腹）及腰部病变；下部3穴（即沟1、沟2、沟3）主治上焦（心、肺、胸背）及头面、颈项、上肢疾患。

（二）适应症

各种脑病、惊风、抽搐、癫痫、脏躁、中风、面瘫、五迟症、痛证及四肢麻木、月经不调等均有良效。

（三）操作方法及注意事项

1．取0.5～1寸26号毫针，一般一症仅取一穴点，先直刺后斜刺。

2．向左斜刺主治左侧病变，向右斜刺则治右侧病变；向上斜刺治疗督脉所主之头面、脊背、腰骶部及双下肢病变；向下斜刺则主通任脉，治胸腹诸症。

3．人中沟在危险三角区内，针刺前一定要严格消毒；进针要快速轻巧，严防晕针。

第十一章 舌全息诊疗

第一节 舌全息诊断

舌位于口腔内，其功用不仅能以辨别滋味，调节声音，拌和食物。《灵枢·营卫生会》："上焦出于胃上口……上至舌，下足阳明。"这说明六腑中的膀胱，三焦和胃等与舌直接有联系，其胆、大肠、小肠等腑则通过表里之脏的心、肺、肝等经脉而间接与舌相联。这不仅说明了舌具有能以辨滋味，调声音，拌食物，助消化等生理功能，而舌有丰富的血管神经分布，舌与脏腑关系密切，人体脏腑功能失调时，疾病转归与预后，舌体的形态，色泽，舌苔必有反映，几乎所有的疾病，都不同程度的反映到舌上，而引起舌与苔的变化。这和全息医学从机体的每一个全息元都可反映整体的全部信息的全息相关关系是一致的。所以舌作为一个全息元也是整个机体在局部的缩影，舌诊是中医临床望诊的主要部分，是诊断疾病，辨证施治的重要依据之一。

一、舌诊的方法与注意事项

（一）舌诊方法：舌诊的关键通过对舌体、舌质、舌苔、津液、部位等的观察力求准确，但必须掌握以下方法。

1. 体位及伸舌姿势自然，让患者取正坐位，在自然光线下，张口将舌伸出口外，舌尖略向下弯曲，勿使偏歪或卷缩，舌面放松舒展开。不宜时间过长，以免患者疲劳，出现假象。

2. 观察舌的顺序：先观其舌苔，医生应迅速自舌尖、舌中、舌根部及两边仔细察看；然后观察舌质的色泽，以及舌体的变化。最后看舌底络脉的变化。必要时，为进一步观察舌苔质、体等的情况，可以复察1次。

3. 刮苔或揩苔：为进一步诊察明确患者的病情所采取的方法：刮苔时用无菌刮舌板，在舌面上，由舌根向舌尖轻轻推刮，连续2～3次，用力要适当，勿伤舌体。揩苔用无菌纱布，卷住食指，蘸生理盐水，使其湿润，从舌根至舌尖连揩2～3次。刮舌或揩舌都是为了解去苔后舌面和舌体的情况，以及苔的再生情况。可根据舌苔的具体情况来决定刮苔与揩苔。

（二）注意事项

1. 舌诊时光线充足：直射患者口腔，若光线不足时，可选择适宜的电光照射，以观察舌的真实情况。若灯光暗淡，会使舌的黄、白二色辨别不清，白苔能观察为类似灰白苔、红舌类似紫舌。周围物体的反光，也会使舌苔出现假象，必须加以注意。

2. 正常舌象：应为舌体灵活，伸缩自如，胖瘦适中，不厚不薄，色泽淡红，质地不湿不燥，润泽适中；舌面无异物污垢，可有似清白雾状薄苔，无裂纹，无瘀斑点，无肿物；气血通畅，阴阳调和，脾胃运化功能正常，舌苔无变化。

3. 正常舌象与年龄，性别，体质亦有差异：青年人舌质较红，年老者舌质淡红，或

舌现裂纹；小儿舌苔易剥脱，甚至出现地图舌；妇女月经来潮前舌尖红，月经后则淡红；肥胖体型多舌略胖，舌质偏淡；体型瘦者多舌体略瘦，舌质偏红；大口呼吸舌苔必燥。

4．饮食对舌象的影响：由于食物反复磨擦，可能使厚苔变为薄苔，饮水后可使干苔变湿润，有刺激性的食物及高温饮食后可使舌质由淡红变鲜红，由红色转绛色。还有的食物及药物食后易使舌苔染色，如食花生，奶汁及豆类可使苔变白色；食咖啡、陈皮梅、杨梅浆、橄榄或黑色食物能使舌苔染成黑褐色；食橘子、柿子、枇杷及有色糖果及服用黄连素、痢特灵、复合维生素 B 等，会使苔染成黄色；饮酒过量也可使舌色由淡红变鲜红；吸烟多者见黄褐色舌苔。

5．季节与时间对舌象的影响：正常舌象，亦可随季节和时间的不同变化，可出现不同的舌象，如夏暑湿盛时，舌苔多厚且淡黄，秋季燥气盛多苔薄且干；冬季舌苔多湿润。早晨起床时舌苔较厚，食后舌苔变薄。

由于上述种种原因所致假舌象，舌诊时均应注意，以免误诊。

二、五脏分部全息望诊

舌全息望诊与五脏关系密切，五脏是通过经络关系与舌连系着的，而且在舌上有一定的代表位置。前人把舌划分为，舌尖属心肺，舌中属脾胃，舌根属肾，舌两边属肝胆，或左属肝，右属胆。人是一个整体，当机体受到病邪的侵袭后，能以通过病理变化反映到机体的外部，特别舌的变化最为明显。这充分说明了脏腑的整体信息都能反映于舌，舌是五脏的又一缩影。因此舌全息望诊，亦是临床诊治脏腑疾病的重要组成部分。舌诊脏腑分部如图 11－1。

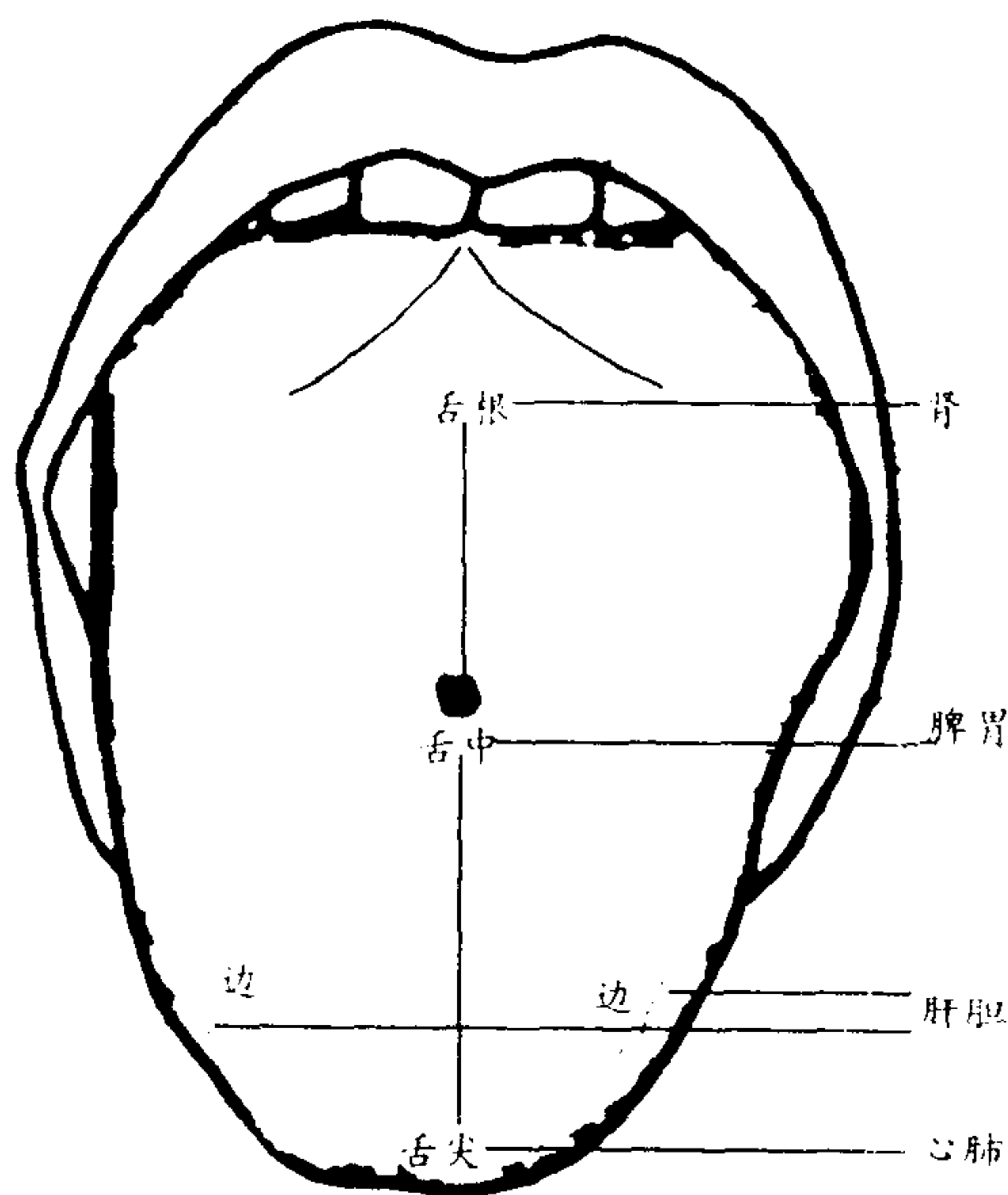


图 11－1　舌面分区图

（一）心病与舌

心居胸中，有心包围护于外，心是生命活动的中心。心的功能主血脉，其华在面，藏神志，故有“舌为心之苗，心开窍于舌”之说。如《素问·阴阳应象大论》曰：“心主舌……在窍为舌”。全息理论证明，“局部含有整体的信息，通过对局部的了解可测知整体的情况”。因此心脏的病变，也可从舌体上反映出来。

1．心气虚证：临床表现心悸怔忡，少气懒言，自汗，神疲乏力，不寐，健忘，面色淡白，舌苔白质淡。见于风湿性心脏病，先天性心脏病，慢性心功能不全，心律不齐等心脏疾病。

2．心阴虚证：心悸，心烦，失眠，五心烦热，盗汗，舌体脉络充盈，舌红少津，无苔或薄黄。见于心脏神经官能症，贫血，甲状腺机能亢进等病。

3．心阳虚证：心悸怔忡，怕冷，面色㿠白，自汗，神疲，少气懒言，舌淡胖，舌苔白色。见于先天性心脏病，慢性心功能不全，病毒性心肌炎，梅毒性心脏病等。

4．痰迷心窍证：精神抑郁，神志痴呆，喃喃自语，或神志模糊，喉中痰鸣者。舌质淡，苔白腻。见于精神病，癫痫，癔病等。

5．心血瘀阻证：心悸怔忡，口唇青紫，面色黯滞，胸闷气短，时有心痛，或夜间突

然憋醒，汗出，四肢厥冷，舌色青紫或见有瘀点，瘀斑。见于冠状动脉粥样硬化性心脏病，先天性心脏病，肺心病，肺气肿证等。

6．心火炽盛：心烦，面赤，口渴，口舌生疮，舌尖红，苔黄。见于发热病早中期，消化不良证等。

7．痰火扰心：狂燥妄动，胡言乱语，哭笑无常，精神错乱，尿赤，大便秘结，苔黄腻。

（二）肝病与舌

肝位于右胁里，肝的生理功能主疏泄，藏血，主筋，其华在爪，开窍于目。而肝病的病理特点，常表现为，肝主疏泄的功能失调，肝不藏血，阴血亏虚，筋脉失养。《灵枢·本神》曰："肝气虚则恐，实则怒"。失去疏泄，可出现情志和消化方面的病证。若肝不藏血，则视物模糊，目赤肿痛等。而舌体两侧主肝胆，无舌苔覆盖，因此主要观察舌质的变化。舌象表现与病情轻重，病程长短有直接关系，舌色变化常为红或绛，病重者可发生全舌色红或绛，色绛多干燥或有裂纹。

1．肝血虚证：视物模糊，头晕耳鸣，面白无华，口唇、指甲不荣，月经量少色淡或闭经，舌质淡白或舌体略瘦薄。见于慢性肝病，贫血，夜盲症等。

2．肝阴虚证：两眼干涩，视物模糊，眩晕，胁痛，五心烦热，潮热盗汗，唇燥咽干，舌红少津等。

3．肝气郁结证：精神抑郁，易怒，胸闷善叹息，胸胁胀痛，月经不调，经前乳胀，痛经或闭经，舌体两侧见青紫色或条状或斑状瘀点。见于胆囊炎，胃神经官能症等。

4．肝火上炎证：面热目赤，头晕胀痛，口苦咽干，烦躁易怒，小便赤，大便秘结，舌红苔黄。有肝阳上亢的表现而又见到热象。

5．肝阳上亢证：头晕耳鸣，头胀痛，面红赤，急躁易怒，头重脚轻，失眠多梦，舌红。见于高血压病，更年期综合征。

6．湿热蕴结肝证：面目或全身黄染，口苦胁痛，纳呆呕恶，发热或寒热往来，腹胀，胁下触痛明显，或阴囊湿疹、睾丸肿胀热痛，或女子带下黄臭，外阴瘙痒，舌红苔黄。见于急性肝炎病证，急性睾丸炎病，女子阴道炎等。

（三）脾病与舌

脾居中焦，主运化水谷，主统血，主肌肉，四肢，其华在唇，与胃相表里。胃主受纳，腐熟水谷；脾气主升，胃气主降；口为脾窍，人体的营养来源于脾，脾运化功能的盛衰，决定人体营养的状况。但营养的好坏，也可以反映于唇，如对食物的消化，吸收和转输功能正常，则口唇红润光泽，故脾胃为后天之本，气血生化之源。如脾病，运化功能失常，导致营养吸收障碍，口唇舌质色则随之改变。

1．脾气虚证：纳呆食少，食后腹胀，少气懒言，倦怠乏力，大便溏薄，舌色淡，舌体瘦小，肥胖皆可出现。随着病情的转变，也可出现微红或淡红，或变为全白而无红色。见于胃下垂，子宫脱垂证等。

2．脾阳虚证：纳呆食少，畏寒肢冷，口淡不渴，食后腹胀，五更泄泻，舌淡色，舌体胖，舌苔白滑，见于慢性肠炎，慢性肾炎等。

3．湿热蕴脾证：脘腹胀闷，纳呆呕恶，肢体困倦，或身目发黄，小便黄，大便溏，或见发热，舌色红等。见于急性胃肠炎，急性传染性肝炎，胆囊炎等。

4. 脾不统血证：便血，尿血，月经量多或崩漏，皮下出血等。面白无华或萎黄，食少腹胀，神疲乏力，少气懒言，头晕目眩，舌质淡白等，见于功能性子宫出血，再生障碍性贫血，溃疡病出血等。

5. 寒湿困脾证：脘腹胀满闷痛，口腻纳呆，恶心欲吐，口淡不欲饮，全身困重或浮肿，皮肤黄如烟熏，小便短少不利，大便溏，舌淡胖大，苔白腻。见于慢性迁延型肝炎，肝硬化腹水病等。

（四）肺病与舌

肺位于胸中，上连气管喉咙，开窍于鼻。肺主气，司呼吸，肺主宣发肃降，通调水道、外合皮毛。与大肠相表里。肺脏病理表现，如肺主气，司呼吸的功能失常，可见咳嗽，咳痰、咯血、气急、鼻塞流清涕等呼吸系统及血液，循环系统，水液代谢障碍。

1. 肺气虚证：咳喘无力，动则甚，痰多清稀，纳呆食少，倦怠乏力，或自汗，声低懒言，易感冒，舌色淡。见于肺气肿，慢性支气管炎，支气管哮喘病。

2. 肺阴虚证：午后潮热，两颧红，夜间盗汗，五心烦热，口干声嘶，干咳少痰或无痰，不易咯出，或痰中带血，舌红少苔。见于肺结核，支气管炎病。

3. 邪热壅肺证：发热咳嗽，咳黄色痰，口渴，甚则气促鼻翼煽动，大便干结，舌脉络充盈，呈红色，苔黄腻。见于肺炎，肺脓疡病。

4. 燥邪犯肺证：咳嗽少痰或无痰，口、鼻、咽部干燥，咳甚胸痛，口渴，或伴有恶寒发热，舌红少津，苔薄白或薄黄。

5. 风寒束肺证：恶寒发热，鼻塞流涕，咳嗽痰白而稀，头痛，全身酸痛，舌苔薄白。见于冬季因受风寒致感冒，急性支气管炎。

6. 痰饮阻肺证：咳嗽痰多，痰白稀或粘稠，胸闷气喘痰鸣，舌淡苔白腻。见于慢性支气管炎，肺气肿。

（五）肾病与舌

肾位于腰部，左右各一，肾藏精，主水液，主纳气，主骨，生髓，通于脑，其华在发，开窍于耳及二阴，其经脉络于膀胱，构成表里关系。祖国医学认为肾与人体的生长，发育，衰老都有密切关系，故肾为先天之本。舌根部主肾，如肾的生理功能失调时，舌根部苔色都有相应反映。

1. 肾阳虚证：面色㿠白，精神萎靡，腰酸膝软，形寒肢冷，头晕耳鸣，或男子阳萎，早泄、女子带下稀薄、宫寒不孕，小便清，尿少浮肿，舌质淡胖嫩，苔白滑。

2. 肾阴虚证：腰膝酸软，遗精、早泄，头晕耳鸣，五心烦热，潮热盗汗，颧红，口干咽燥，形体消瘦，舌红少津，或有裂纹或少苔。

3. 肾气不固证：头晕耳鸣，腰膝酸软，尿频而清，夜尿多或遗尿，遗精早泄，舌淡，苔白。

4. 肾精不足证：小儿发育迟缓，身材矮小，智力低下，动作迟钝，囟门迟闭。成人出现早衰，如记忆力减退，性功能减退，头晕耳鸣，男子精少不育，女子不孕，发脱，牙齿松动，舌淡。

三、舌质全息望诊

舌质，是舌的肌肉脉络组织，又称舌体，正常舌体柔软，活动自如，颜色淡红，深浅适中，见于健康人。病理舌质，主要是察看脏腑的虚实及气血的盛衰。所以历代医家对诊

察舌质都十分重视。清代周学海在《诊家直诀》中说："凡察舌，须分舌苔舌质，舌苔虽恶，舌质如常，胃气移浊而已。"又在《形色外诊简摩》中说："舌苔无论何色，皆属易治，舌质既变，即当察其色之死活。活者，细察底里，隐隐犹见红活，此不过血气之有阻滞，非脏气之败坏也。死者，底里全变，干晦枯萎，毫无生气，是脏气不至矣。"

诊舌质要观察舌神，颜色，形态的变化。舌神包括荣枯嫩老；舌色有淡白、红绛、青紫；形态包括舌体胖瘦等。主要反映人体脏腑的虚实，气血的盈亏。久病，慢性病，内伤病参考价值较大。

舌神。舌体红活灵敏，鲜明光彩，观之有生气，说明津液充足，正气未伤，这种舌称荣华有神。若舌体浮胖娇嫩或坚敛苍老皆为少神；前者多为虚证寒证，后者多为实证热证；若舌体干瘪无光彩，观之无生气，是津液已亡，正气虚竭，谓舌枯无神，预后多不良。

舌色。正常的舌色为鲜明润泽，在疾病中，舌色可分为淡白舌、红绛舌、青紫舌。

淡白舌：色泽分淡白——较正常色淡，苍白——枯白无血色。主病：虚寒证或血虚。辨证：舌质枯白，舌体瘦小——血亏气虚；舌质淡白，舌体肥大有齿印或呈荷叶边舌，多属慢性疾病，表示病情变化慢，病程较长。舌润——阳虚阴寒内盛，今之称缺铁性贫血，肠内寄生虫等病人多见舌色淡白或白而萎黄；再生障碍性贫血，舌色多为枯白。

红绛舌：色泽鲜红——称红舌。绛红——称绛舌。绛舌的出现多经过红舌阶段，红为绛之渐，绛为红之甚，故红绛并称。主病——热证。红舌实热证——邪热炽盛，多为外感。如感染性疾病，肺炎等多见。虚热证——心肾阴虚，多为内伤。绛舌实热——外感温热之邪，邪入营血。虚热——液亏津伤，阴虚阳亢，虚火内生。如高血压等多见。辨证：红舌；舌尖红——心火上炎。舌边红——肝胆蕴热。绛舌：绛红无苔——阴虚火旺，津液枯竭。如肺结核等多见。绛而光亮——热邪劫营，胃阴大伤。红绛而干——热邪入营，阴津大伤。绛而枯萎——热邪劫阴，肾阴枯涸。在内伤疾病中，舌色红或绛红为阴虚火旺，慢性肝炎舌绛红表示肝肾阴虚。甲状腺机能亢进，糖尿病，高血压等舌质红或绛红者较为多见。

青紫舌：舌上有青紫色斑块瘀点。色泽，全舌青紫——青紫而晦暗，多为中毒证，部分青紫或左或右，或为青紫，或为带状。常见于气滞血行不畅，对肝脏病，食管癌等早期诊断有临床价值。主病：热极、寒极、瘀血、中毒（今之缺氧之象）。辨证：舌体敛束起皱，舌色红绛，兼燥苔糙苔，是热邪伤津血枯，气津大伤，多为热证之热邪极盛所致。这种紫舌多为红绛转成的。舌质紫暗而淡，或呈灰紫色，舌面润滑少苔——多为内寒极重，气血凝滞，或水邪不化所致。舌色青紫而晦暗，或为斑块，或为青紫带状，条索状等——是为瘀血。全舌青紫，面唇俱青者，常见于心肺气血瘀滞，严重缺氧，如肺气肿，心肌梗塞等，若兼滑腻苔，秽浊不净——是慢性酒精中毒。

四、舌苔全息望诊

望舌苔主要察看苔的颜色及苔质的变化。祖国医学认为舌苔由胃中生气所表现。《伤寒论本旨·辨舌苔》曰："舌苔由胃中生气所现，而胃气由心脾发生，故无病之人常有薄苔，是胃中之生气，如地上微草也，若不毛之地，则土无生气矣。"正常的舌苔由胃气生成，白薄而净，不干滑，不粘腻。根据病情轻重，病位的深浅，病程长短，苔色亦有变化。但在辨别舌病苔时，除辨苔色外，应注意苔质的变化。因此，全息医学理论也充分证

明，局部含有整体的信息，通过对局部的了解可测知整体的情况，还可通过全息反馈，利用对局部的影响来调整整体或局部。所以察看舌苔，是中医独特的、重要的诊察疾病的方法。

（一）苔质望诊：主要从苔的厚薄，有无、润燥、粘腻、进退等方面进行察辨。

1．厚薄：正常舌苔应为白薄而洁净，均匀分布于舌面，或者舌的中部和根部稍厚，但能以透过舌苔隐隐看见舌质，说明胃气正常。但薄苔在疾病过程中也可见到，说明病邪在表，病情较轻浅。厚苔而不能见到舌质，说明邪盛入里，病情较重，或胃肠功能障碍（食积、大便秘结等）；或内有痰湿内阻，可见厚苔。

2．苔之有无：舌面上显示正常苔，说明身体正气足，机体抵抗力强；若无苔表示正气虚损，为胃气不足，多见于久病重病患者。若舌面无苔而突然有苔，为胃浊上泛或热邪渐盛所致；舌淡白而光滑，表示气血虚衰；红绛而光滑，示胃肾阴液大伤，水涸火炎；剥脱苔是由胃阴受损而致；舌红而见剥脱苔者，示胃肾阴虚；舌淡且剥脱苔为脾胃受损，气血亏虚；花剥脱苔而厚腻者为痰浊内阻，正气虚竭所致。

3．润燥：舌苔湿润适中，不燥不滑为津液未伤，为正常舌苔。若舌苔干枯，扪之无津称为燥苔，示津液耗损，多为热证，阴虚津亏所致。湿润苔因水分较多，扪之湿滑，似有水滴，称之滑苔，滑苔主寒证，湿证及痰饮证。

4．粘腻：粘苔为苔面上呈现一薄层混浊粘稠似浆粘液，为体内有水饮及痰湿停聚的现象。腻苔颗粒细小致密，紧贴于舌面，如舌面罩一层光滑油腻的粘液，揩之不去者为腻苔。腻苔主痰饮、湿证、食积等证，而粘腻苔同时出现，为水湿不化之痰湿证。

5．舌苔的进退：舌苔可因病情轻重发生各种变化，如薄变厚，或薄变黄或灰褐色，或疏松变紧密，表示病证逐渐加重，这称之为进；如舌苔由厚变薄白，说明病证减轻，好转，病情向愈。

（二）苔色望诊：舌苔颜色的变化，是由病变邪气而着，不同病邪，可出现不同苔色，临床上根据苔色的转变，进行辨证，具有重要的意义。苔色主要有白、黄、灰、黑色等，现分述如下：

1．白苔：白苔是苔色中最为多见的，主表证、寒证。常见于外感风寒，风湿在表诸证，特殊情况下亦可见于热证。

（1）薄白润苔：苔色白，舌面上颗粒均匀，干润适中，舌色淡红，属正常的舌苔。若感受六淫之邪。病邪在表，尚未传里，脏腑之气未伤，舌苔无变化，而现正常薄白苔。亦说明病情轻。

（2）薄白滑苔：见于寒湿证，为脾阳不振，寒湿内困所致，水气上溢证，故苔薄白滑。

（3）薄白干苔：见于外感邪热伤津在肌表者，里热已作，津液已伤，多兼舌尖红。

（4）白厚腻苔：多见于饮食或湿浊瘀积证，由于脾胃阳气不振，失于温化，寒湿痰饮停聚所致。

（5）白厚干苔：为脾胃热滞，湿浊停蓄于中者，或表入里邪在少阳之证。

（6）白粘腻苔：主痰湿之证，若口中泛甜味，由脾胃湿热，浊气上逆而成。

（7）白如积粉苔：苔白厚如积白粉，扪之涩而不燥。主湿热内蕴，湿遏热伏之候，或温疫初期。

（8）白燥裂苔：苔白或薄或厚，干且硬，有裂纹，扪之则粗糙，见于温病里热炽盛、暴伤津液。

（9）白霉苔：舌面上生有一层灰白色粘液样垢腻苔，色晦暗，轻者占舌面一部分，重者布满舌面。多见于胃肾阴虚，湿邪内踞，虚热与湿热熏蒸而上所致。主热伤津，食积夹热。病变严重阶段。

2. 黄苔：主里证，热证及脾胃病，为外邪入里化热，邪热熏蒸而上。现代医学认为，黄苔与发热，炎症感染，肺部及消化道病变有关。常见黄苔及主证如下：

（1）薄黄苔：多由白苔转化而来，为风热在表，或风寒化热所致。

（2）薄黄滑苔：见于热邪入里初期，热未伤津者。

（3）薄黄干苔：见于外邪化热，初入于里，为热邪伤津所致。

（4）黄厚干苔：苔由白转黄，润而干者，为外邪入里化热，热邪伤津。若苔由厚变薄，深黄色变浅是邪热虽退，津犹未生现象。如苔色干黄厚布积于舌，为实热里证。

（5）黄厚腻苔：主邪热与痰涎湿浊交结之征。若苔深黄色，粘腻较稀薄为湿重于热，痰涎之邪较轻。若苔浅黄色粘腻稠厚，为热重于湿，痰涎之邪亦重。

（6）黄厚燥苔：见于病邪入里，为里热炽盛，津液大伤，病情重。若深黄燥裂苔，或有芒刺者，见于里热已极，热耗气阴。

（7）苔色黄淡，质胖嫩：多因脾阳虚，水湿不化所致。

3. 灰苔：多由白苔转化而成，时与黄苔并见，苔色成浅黑为灰色。主寒湿证、热证，均属里证，为病情较重舌象。

（1）灰干燥苔：见于热盛伤津，或阴虚火旺之证候，舌质为深红色。

（2）灰滑苔：见于痰饮内停，或寒湿内阻所导致的寒湿为患之征。

4. 黑苔：较灰苔色深，是由灰苔及焦黄苔转化而成，主里证，寒、热、虚、实的病变都可出现黑苔。见于病情较重阶段。

（1）苔黑薄润：苔色黑而湿润，质淡白或紫嫩。为阳虚阴寒所致。

（2）苔黑焦裂：为热极伤津，这种黑苔往往由白转黄转黑而来，甚则生芒刺，燥裂，舌质绛。

（3）苔黑滑腻：苔黑厚腻而粘，滑而刮之不净，为湿痰郁热，伏于中焦。若苔黑滑润，属阳虚寒湿内盛。

5. 霉酱苔：苔黄赤兼黑似如酱油色，主湿热证，为湿热郁滞中焦，积久化热所致。

五、舌质与舌苔的关系

舌质与舌苔在诊察舌上各有一定的目的和要求，但两者之间，有着内在联系，在反映脏腑病理变化时，往往是一致的，如脏腑实热，则舌质红而苔可出现黄而干，脏腑虚寒。舌质淡白其苔则白而滑。若在复杂的病例中，掌握舌质与舌苔的主病，则不难辨识其复杂的病情。

舌质红绛，苔白腻。若为外邪湿热，则表明营分有热，气分有湿。若为内伤杂病，则表明阴虚火旺，痰浊留恋，这样的表现在内科的痰饮并发肺热一证中是经常见到的。

舌质红绛，苔白干，多为外感燥邪迅速火化于营血，热伤营阴，津亏液涸，这种表现在湿热病中也是常见的，《外感湿热篇》说："其热传营，舌色红绛。绛，深红也，初传绛色中兼黄白色，此气分之邪未尽也。"

六、舌形的全息望诊

舌体胖大，舌边有齿痕者，多为气虚和脾肾阳虚，如慢性肾炎有明显的水肿时，舌质大多淡白，舌体胖嫩舌边可有齿痕，舌体胖而肿，舌边呈圆钝形齿印，轻者稍肿，重者满口，活动不灵，甚则妨碍呼吸和语言。亦称胖大舌。病机：胖大色赤满口——心脾有热，或热毒炽盛，常见于严重的急性传染病。胖胀兼滑腻苔者——为水湿痰饮，兼腻苔而黄者为痰热蕴结。现代医学之前脑垂体机能亢进，发于青春后期的肢端肥大症，病人头面皮增厚，耳大唇厚，舌体肥大。甲状腺机能减退而引发的粘液性水肿患者，亦见胖大舌。肿瘤病人部分舌体胖大，说明正气不足。

瘦瘪舌：舌体瘦小，干瘪而薄。病机：阴血亏虚，不能充盈舌体，淡红者，为脏腑气血不足所致者，舌瘦而红绛者，为燥热消灼或阴虚火旺。若舌质多红绛而干，舌体干瘪无津，色晦暗无神者，多为真阴亏竭，预后不良。

点刺舌：正常人的舌体表面有小点软刺（舌乳头），若点大高则为病态，称点刺舌。病机：热邪内结。若舌尖红点，为心热；若舌中芒刺，兼黄燥苔或黑苔，为燥热内结胃肠。

裂纹舌：舌面干呈现出一些不规则竖裂、横裂的裂纹称裂纹舌。在热性病中多属热盛而津液耗伤；在内伤病中，舌色红绛而有裂纹为阴虚火旺。裂纹舌，多见于虚证，消耗性疾病，如质胖嫩而有裂纹的为气血两虚。血亏津伤液涸可以出现裂纹舌。《辨舌指南》云："平人之舌无纹也，有纹者血衰也。纹少、纹浅者衰之微；纹深纹多者衰之甚。舌生横纹者，素体阴亏也；舌生裂如冰片者，年老阴虚常见之象也；全舌绛色无苔，兼有横直罅纹而短小者，阴虚液涸也；无苔无点而裂纹者，阴虚火炎也。凡见裂纹如人字，川字，爻字及裂如直槽之类，虽多属胃燥液涸，而实热内逼者亦有之。淡白舌有裂纹满布者，乃脾虚湿浸者。"

光滑舌：舌面光滑如镜，望之发光，扪之干涩，舌质红绛色，称光滑舌，或称"镜面舌"，"猪肾舌"。病机：胃肾阴亏。多在过用汗下伤津或久病阴虚。今之B族维生素缺乏及各种贫血，尤其是恶性贫血所致舌炎晚期，使舌乳头萎缩，形成光滑舌。

点刺舌又分红星舌和白星舌

白星舌：舌面上有白色透明样水泡，亦称水泡舌，多见舌中，舌根部，为热病后期伤阴，瘟疫患者可见此舌。《辨舌指南》说："舌红而起白星点者，乃心火有邪也。若红舌上起白星点如珍珠者，乃火极水化之象，较之紫赤黄苔上芒刺者更重，瘟疫多见此舌。

红星舌：舌质鲜红，在红舌舌质中见到散在的鲜红的红点，以舌尖，舌中部多见，状如草莓，又称草莓舌，常见于发疹的热性病，如猩红热，麻疹等，多为内热甚重，热毒乘心的危重阶段。《辨舌指南》说："凡纯红舌而有深红点，乃脏腑血气皆热也。燥火，疫毒及实热证，误用温燥药皆有之。""舌淡红，尖起紫色蓓蕾星点，乃热毒中心血也。"

七、舌态（舌体动态）

从舌体的形态变化来辨别疾病的寒、热、虚实及气血的盛衰。

痿软舌：舌体软而无力。不能自动伸缩转动者称痿软舌。病机：暴痿，多为外感热病，热灼阴津；久痿，多为气血虚极，筋脉失养，在外感热病中，高热，大汗，口干，唾液粘稠而少，舌粘膜皱缩变薄而舌不易伸出。在血液病的恶性贫血多见舌痿软而缩。

强硬舌：舌体强硬不灵活，轻者自感强硬，言语不利，重者舌强不能转动，语言蹇

涩，或不语。病机：外感热病，热入心包，痰浊内阻。高热伤津，筋脉挛急，兼有神昏，内伤杂病中多为中风先兆或中风后遗症，兼半身不遂。今之中枢性疾病，如乙脑，可见强硬舌。

偏歪舌：舌体偏歪在一侧。病机：中风证，中经络者则口眼㖞斜或半身不遂。

颤动舌：舌体不自主的震颤。病机：内伤久病气血亏虚，血虚生风，舌淡微微蠕动。外感热病，热燔肝经，肝热生风，舌紫红而煽动。外科颈瘿（甲状腺机能亢进）病人舌亦有颤动。

伸缩舌：伸舌，病人欲伸舌于唇外，或舌伸出口外不能收回。缩舌，舌体收紧，不能伸出口外。病机：伸舌，心胃热。心热——欲伸舌以泄热，多见于小儿；胃热——胃津伤，口唇燥，伸舌润唇；心气绝——多在热毒内攻，或痰迷心窍，心气欲绝，心神妄走，舌紫赤而痛，伸而不收，多属危候。缩舌，寒凝筋脉，舌蜷不伸，舌面多润——阳气暴脱——危候；热病伤津，干瘪不伸，舌面多燥；痰热内阻，气闭痰结，舌苔粘腻，多兼神昏不语。此外小儿生理性畸形，舌系带短，舌体缩而不能伸，不应该属缩舌。

吐弄舌：吐舌，舌体伸长而弛缓，吐出口外。弄舌，舌微伸出口外，立即收回，或舐唇上下，左右口角，再速收回，似蛇之弄舌。病机：心、胃脾有热；心脾气绝，正气衰亡。

八、舌诊的临床意义

舌象的变化，能客观地反映人体气血的盛衰，病邪的性质，病位的深浅，病情的进退，并能判断其转归和预后。《望诊遵经·望舌诊法提纲》说：“舌者，心之外候也，是以望舌而可测其脏腑经络寒热虚实也。”《临症验舌法》云：“内外杂症……据舌体以分虚实，而虚实不爽，据舌以分阴阳，而阴阳不谬，据舌以分脏腑，配主方，而脏腑不差，主方不误。”

概括起来，舌诊的临床意义可以分以下几点：

（1）判断正气盛衰：从舌质、舌苔变化可判断脏腑气血的盛衰。

舌，红润光泽苔薄白——气血充盛，病属轻浅。苍白干瘪，苔秽浊——气血大虚，病属危重。舌质无论何色，舌苔有根——胃气尚好，脏腑未虚，舌光无苔——胃气已败，脏腑气虚。

（2）分辨病位的浅深：舌质颜色深浅，舌苔的厚薄变化能客观地反映出病邪的轻重及病位的深浅，舌质红绛——热入营血，质淡红——热留卫气。苔厚黄——邪热入里，苔薄白——邪尚在表。

（3）区别病邪的性质：舌质舌苔颜色及质地的改变能反映病症的阴阳、虚实、寒热，如质红苔黄为热，质淡苔白为寒，舌质瘀斑为瘀血。

（4）推断病势的进退：舌苔颜色及性状的变化反映着病势的进退及正邪的消长。如舌苔由燥转润，则津液复生，病邪渐退，病趋向愈；舌苔由白转黄，再转黑，多为病邪入里，病势进展，病趋恶化。

据上所述，舌诊对诊断疾病有重要意义，有时甚至是辨证的主要依据。但是，不能因此而忽视了其他的诊断方法，尤在正常人因食某种食物引起舌象的变化而误认为有病时，必须要做到周密调查，具体分析，防生谬误。

九、舌诊现代研究进展

近年来运用现代科学知识方法和全息疗法，研究中医舌诊的资料日益增多，从组织学、生物化学、微生物学以及临床等各种不同的角度来观察舌象的变化与疾病的内在联系，已经初步摸到一些规律，现概括如下几点：

1．舌质变化的因素：

（1）舌质的颜色变化与舌的血液循环状况关系密切。贫血及组织水肿时，舌色变淡；充血或血管增生时，舌色加深；瘀血或缺氧而致还原血红蛋白增加时，舌色青紫。

（2）舌体胖嫩主要是因血浆蛋白减少，舌组织水肿造成的。若因水肿或肌张力降低，舌体增大或松弛，压在齿缘上，则舌边出现齿痕。

（3）舌质干燥是由于唾液分泌减少或伴有唾液含水量降低所致，阴虚患者，常有交感神经紧张性增高，副交感神经紧张性降低，改变了唾液的质和量，故见舌质干燥。

（4）舌上裂纹是舌乳头融合而造成的裂隙，有人认为它与舌粘膜萎缩有关。舌面光滑是因舌粘膜萎缩造成。

2．舌象变化与疾病的关系

（1）舌象的变化能反映疾病的轻重和进退，舌质淡红，均属病情轻，舌质红绛，紫蓝，甚或光剥无苔，均属病情较重。例如烧伤患者，创面愈大，伤势愈重，舌质变红越快越明显。若合并败血症，则舌质多红绛干枯。据此对败血症的早期诊断有很大的帮助。

（2）某些疾病的舌象变化有特殊意义。重症感染性疾病，恶性肿瘤，甲状腺机能亢进，严重的肺、肝、肾等实质脏器病，常见阴虚舌，这些患者的舌质红绛，舌体瘦小，舌干而裂纹，有的舌苔光剥，舌边尖有红刺，后期全面光滑如镜。

轻症肝硬化患者的舌质多淡红，苔薄白或薄黄，如舌质由淡红转绛，舌苔薄白而转光滑常表示肝功能变坏。观察舌象的变化可以帮助早期发现肝硬化。

重症的肝炎患者，舌质多红绛，舌干枯少津，病情恶化更明显。癌肿患者，往往晚期才出现红而光亮的舌象，有的还可以发生浅表的溃疡。

第二节 舌全息治疗

一、舌穴定位与主治

（一）管氏基础舌穴（图 11－2）

1．心穴：位于舌尖部。主治心经相应疾病。

2．肺穴：位于心穴两旁 3 分。主治肺经相应疾病。

3．胃穴：位于舌面中央，心穴后 1 寸。主治胃经相应疾病。

4．脾穴：位于胃穴旁开 4 分。主治脾经相应疾病。

5．胆穴：位于胃穴旁开 8 分。主治胆经相应疾病。

6．肝穴：位于胆穴后 5 分。主治肝经相应疾病。

7．小肠穴：位于胃穴后 3 分。主治小肠经相应疾病。

8．膀胱穴：位于小肠穴后 3 分。主治膀胱经相应疾病。

9．肾穴：位于膀胱穴旁开 4 分。主治肾经相应疾病。

10．大肠穴：位于膀胱穴后 2 分。主治大肠经相应疾病。

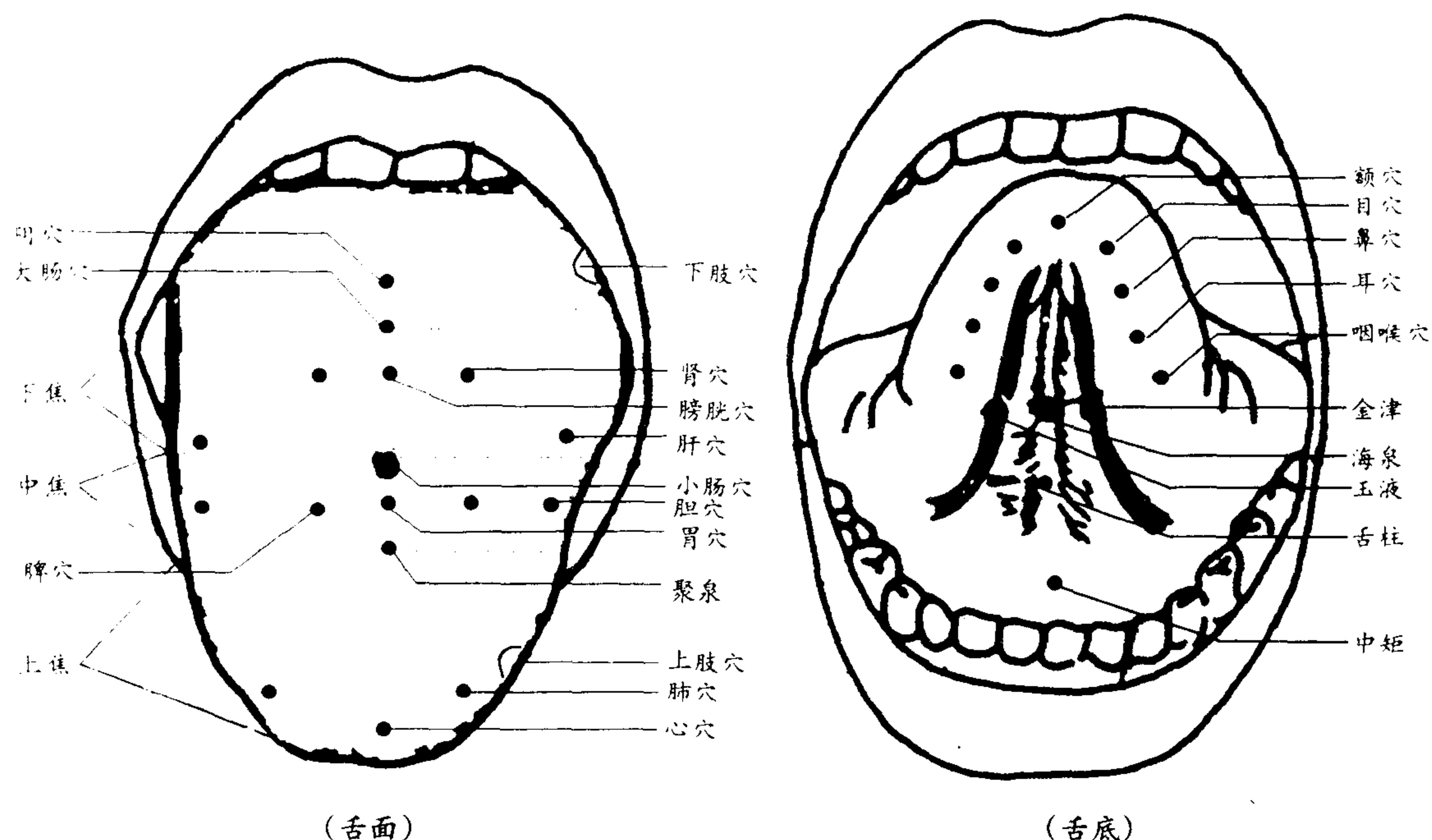


图 11－2　管氏基础舌穴

11．阴穴：位于大肠穴后 2 分，舌根部。主治前后二阴疾病。

12．聚泉穴：位于舌面中央，胃穴前 2 分。主治消渴，舌强等。

13．上肢穴：位于肺穴与胆穴之间，舌边缘。主治上肢病痛。

14．下肢穴：位于阴穴旁开 1 寸，近舌边缘。主治下肢病痛。

15．三焦穴：从聚泉穴引一横线，舌尖部分统称上焦穴；通过小肠穴引第二条横线，一、二横线之间为中焦穴；通过大肠穴引第三条横线，二、三横线之间为下焦穴。它们分别主治上、中、下焦相应疾病。

16．额穴（本穴及以后的穴位均在舌底部，取穴时将舌向上卷起）：舌尖抵上门齿，位于舌尖正下 3 分是穴。主治头痛，眩晕。

17．目穴：位于额穴斜下 3 分。主治目赤肿痛。

18．鼻穴：位于舌边缘与舌下静脉之间，目穴下 2 分。主治鼻渊、鼻塞。

19．耳穴：位于鼻穴斜下 2 分。主治耳鸣、耳聋。

20．咽喉穴：位于耳穴正下 2 分。主治咽喉肿痛。

21．海泉穴：将舌卷起，位于舌下中央系带上。主治消渴、呃逆。

22．金津、玉液：舌尖向下反卷，上下门齿夹位舌，位于舌下系带两侧静脉上，左名金津，右名玉液，即针灸学上的两个经外穴。主治口疮、舌炎、喉痺、呕吐、漏经。

23．舌柱：舌上举，在舌下之筋如柱上。主治重舌、舌肿。

24．中矩：舌上举，位于舌底与齿龈交界处。主治舌燥、中风舌强不语。

（二）舌针新穴（图 11－3）1．神根穴：舌底舌下系带根部凹陷中。主治高血压，脑血栓形成。

2．佐泉穴：舌底舌下系带两侧肉阜近舌下腺导管开口处。主治脑血管病后遗症。

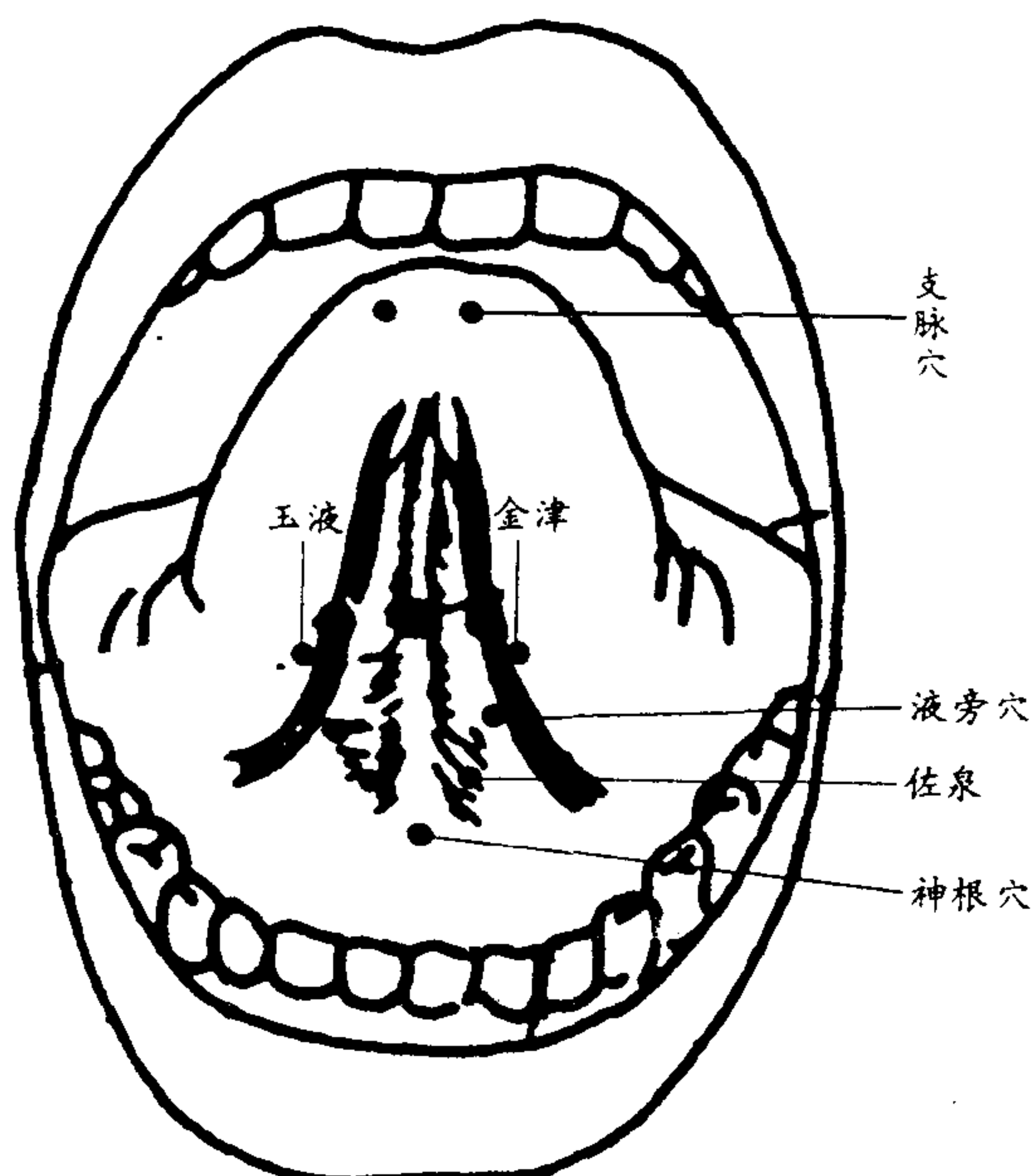


图 11-3 舌针新穴（舌底）

3．液旁穴：在左右舌下静脉内侧距舌根部三分之一处。主治高血压、脑血管病后遗症。

4．支脉穴：在左右舌下静脉外侧距舌尖部分处。主治高血压、脑血管病后遗症。

二、配穴方法

舌针配穴的基本原则是：经脉所过，主治所及，体舌相应，循经定穴。主要配穴方法有：

1．单独配穴法：即只用舌全息穴群配穴治病的方法。根据脏腑经络学说，按疾病与舌穴相应的原理，辨证取穴。本法可运用于局部或全身病证，如取心穴、脾穴、金津、玉液治疗口舌糜烂；取心穴、肾穴、额穴治疗不寐、健忘；取肝穴、肾穴、阴穴治疗月经不调等。

2．内外配穴法：主要应用舌穴与头面部邻近的十四经俞穴相配。如取胆穴配风池治疗偏头痛；取中矩配廉泉治疗中风舌强不语；取聚泉穴配天突治疗哮喘病等。

3．上下配穴法：主要应用舌穴与任、督两脉及下肢经穴相配。如取膀胱穴配中极治尿急、尿痛；取阴穴、肾穴配命门、关元治疗遗精、阳萎；取胃穴配足三里治疗胃痛、呕吐等。

4．左右配穴法：主要应用舌穴与四肢穴相配。具体运用时又分为：

（1）同侧的舌穴与经穴相配。例如，右侧肺穴、咽喉穴配右侧少商治疗右侧咽喉肿痛。

（2）舌穴与对侧经穴相配。如右侧上肢穴、脾穴配左侧曲池、合谷治疗左上肢瘫痪、手臂肿痛；左侧下肢穴、肾穴配右侧阳陵泉、悬钟治疗右下肢痿痹、膝腿肿痛等。

以上诸配穴法可单独使用，亦可根据病情需要配合运用，例如中风后遗症，出现口眼㖞斜，舌强言蹇，半身不遂，脉弦，舌青，可选取舌全息穴群的肾穴、肝穴、心穴、中矩、配取百会、曲池、劳宫、足三里、照海、太冲等穴。

三、操作方法

（一）舌针前，一般给予患者3%过氧化氢或1/5000高锰酸钾液漱口，以清洁口腔。

（二）针舌面穴位，请患者自然伸舌于口外；如针舌底穴位，患者须将舌卷起，舌尖抵住上门齿，将舌固定；或舌尖向上反卷，用上下门齿夹住舌，使舌固定。亦可由医者以左手垫无菌纱布，固定舌体于口外，施行针刺。

（三）针刺时采取快速点刺进针，深度1分左右，手法采用提插与捻转相结合的方法。

（四）针刺补法：选用30号1寸或1寸半针灸毫针，在选定的穴位上，姆指向前小弧度捻转3～9次，稍停，为一度补法。一般根据病情行三度或九度手法，不留针。在捻转时，进针0.5～1分许，勿令太深，一般不会出血。补法好似“蜻蜓点水”。

（五）针刺泻法：选用28号1寸或1寸半毫针，在选定的穴位上，进针1～2分许，

拇指向后大弧度捻转六次，稍停，为一度泻法，一般行六度或八度手法，不留针。由于进针稍深，捻转弧度较大，个别穴位可能会出血。泻法如同“蚊喙着体”。

（六）舌穴刺血法：一般采用26号1寸毫针，在选定的穴位上快速浅刺放血。放血后，可用1/5000呋喃西林液漱口。

四、注意事项

（一）严格消毒，避免针刺感染或口腔污染。

（二）注意掌握针刺深度及手法技巧。

（三）对精神过于紧张或有晕针史者，应卧床治疗，以防晕针。

（四）舌穴刺血时，针不宜过粗，刺不宜过深，血不宜放多，2～3滴即可，并于术后以无菌干棉球压迫针眼片刻，以防针后出血。

（五）对急重病患者，要待病情稳定后方可进行舌针。

五、适应症与禁忌症

舌全息治疗主要适应于舌体及肢体运动功能障碍的有关病症，如舌麻、舌体歪斜、木舌重舌、口内异味感、咽痛，以及肢体瘫痪、麻木、疼痛等，亦适应用于各种脏腑经络病证，如高血压，肩周炎，心血管病等。

有自发性出血或凝血机制较差的患者，不宜针刺。

六、常见病的治疗

（一）舌纵

舌伸唇外，不能回缩口内，不红不肿，影响言语，舌干少津，谓之舌纵，即伸舌。

1. 病因病机：暴怒伤肝，肝失条达，疏泄无权，气机阻滞，心气受戕，经筋不能引制而导致舌纵。

2. 辨证：肝气郁结，心脉不收。

3. 治则：宁心安神，清心开窍。

4. 治法：取太冲（泻）、通里（补），留针10分钟后，待神情安定，用28号五分毫针在舌前部心穴速刺，一般一次舌即缩回，舌体活动自如，言语复常。

（二）重舌

舌下肿起一物，形似小舌，谓之重舌。重时影响饮食、言语。

1. 病因病机：脾失健运，气滞蕴热，结痰流注经络，形成舌下囊肿。

2. 辨证：湿热痰聚，结阻舌下。

3. 治则：刺除宛陈，健脾通络。

4. 治法：以阳中隐阴手法针刺丰隆穴，取内关，足三里，行补法。继用28号毫针刺破囊肿，使粘液流出。如液体粘稠，可用注射器抽出务尽。一般1～3次即愈。

（三）舌歪

舌伸出时偏于一侧，歪斜不正。常与中风中经络（口眼㖞斜或肢体瘫痪）同时出现。

1. 病因病机：多因肝风内动，风邪中络或因寒湿外袭，内注经络，而致气血郁滞，由阳络偏伤舌脉，遂致舌歪不正。

2. 辨证：邪伤舌脉，气血郁滞。

3. 治则：祛风活络，疏调经筋。

4. 治法：取外关、通里、天柱、风池、翳风、哑门、廉泉，用阴中隐阳手法。舌全

息穴群取心穴、聚泉、肝穴、胆穴、脾穴，用30号1寸毫针浅刺，不留针。每日一次，6次为一疗程。一般外感寒湿者2～3疗程可愈，肝风中经络者需6～10疗程见效。

（四）舌强

舌体强硬，运动不灵，又名舌本强，常伴流涎和语言蹇涩不清。若兼有肢体瘫痪、口眼㖞斜等症，多属中风。

1. 病因病机：多有高血压病史，故宿有痰浊内停，复因风邪外袭，风痰交阻或肝风挟痰浊，痰热上扰，则突发中风。

2. 辨证：风中经络，痰阻舌本。

3. 治则：熄风涤痰，通络开窍。

4. 治法：取太溪（补）、照海（补）、太冲（泻）、劳宫（泻）、风池（平补平泻），再取舌全息穴群：心穴、肝穴、肾穴、聚泉，浅刺捻转，泻法不留针。每日一次，6次为一疗程，一般4～8疗程见效。

（五）呕吐

呕吐是临床常见的一个病证，可见于多种疾病之中。

1. 病因病机：但凡因寒热诸邪、痰湿、食积、肝气等导致中焦脾胃不和、胃气上逆而致呕吐。

2. 辨证：气失和降，胃气上逆。

3. 治则：和胃理气，降逆止呕。

4. 治法：取舌全息穴群之胃穴、脾穴、肾穴（均行补法），金津、玉液（刺出血）。每日一次，一般1～3次，呕吐即止。

（六）面痛

颜面一侧固定区域发生反复的，阵发的电击样灼痛之病症，西医称“三叉神经痛”。

1. 病因病机：由于风寒外侵、风邪化热或肝郁化火、燥热伤阴等而致，邪中面络，不通而痛。

2. 辨证：风热上炎，面络不通。

3. 治则：祛风清热，活血通络。

4. 治法：取舌全息穴群的肝穴、胆穴、心穴、额穴、耳穴（均泻法），选配风池、翳风、颊车、下关、行间、侠溪。左右配穴法，每日治疗一次，6次为一疗程，一般5～6疗程即可治愈。

（七）跟痛症

为一侧或双侧足跟疼痛，进行性加重，至着地如踏针毡。西医称该类疾病为跟骨刺，跖腱膜劳损、滑膜囊炎等病。

1. 病因病机：多因肾虚、劳损或寒湿之邪侵袭，引起肾经气血不畅，瘀滞不通所致。

2. 辨证：肾阴虚亏，跟络不通。

3. 治则：滋阴补肾，通络止痛。

4. 治法：取舌全息穴群的肾穴（补法）、肝穴、心穴、下肢穴（均泻法），选配太溪、照海、太冲、行间、少府、劳宫、神门、三阴交等穴。每次选用舌穴和经穴各2～3穴，间日一次，一般治疗20～30次可愈。

（八）中风·中经络（后遗症）

亦称卒中，即猝然昏仆，不省不事，清醒后发现，或突然发生口眼㖞斜或半身不遂，言语不利的病症。经半年治疗仍未复健者为后遗症。

1. 病因病机：由各种原因引发肝风内动，风中经络而致气血瘀阻不通所致。

2. 辨证：肝风袭扰，经络不通。

3. 治则：平肝活血，疏通经络。

4. 治法：取舌全息穴群新穴的神根穴、佐泉穴、液旁穴、支脉穴。每日或间日一次治疗，6 次为一疗程，一般 1～2 疗程可见效，病程长者需较长时间治疗。

（九）中风失语症

该症多由风痰、瘀血阻滞舌本脉络所致，一般恢复较慢，治疗颇难。

1. 辨证：邪阻舌络，蹇涩失语。

2. 治则：活血通络，清心开窍。

3. 治法：取舌全息穴群的心穴、肝穴、肾穴、脾穴、聚泉、金津、玉液、中矩，以前述操作方法行针刺补泻。每天上午针刺一次，治疗 6 天，休息 1 天，20 天为一疗程，疗程间休息一周。一般患者至少针两个疗程。同时配合语言功能锻炼，恢复可望加快。

第十二章 耳全息诊疗

第一节 耳廓表面解剖名称及耳穴分布规律

一、耳廓表面解剖名称

与耳全息诊疗有关的耳廓表面解剖名称，按前后面分别说明如下：

（一）耳廓前面解剖名称（图 12－1）

1．耳轮：耳廓最外缘的卷曲部分。

2．耳轮脚：耳轮深入到耳腔内的横行突起部分。

3．耳轮结节：耳轮后上方稍突起处，又称达尔文结节。

4．耳轮尾：耳轮末端与耳垂交界处。

5．对耳轮：在耳轮的内侧，与耳轮相对的隆起部。

6．对耳轮上脚：对耳轮向上的分支。

7．对耳轮下脚：对耳轮向下的分支。

8．三角窝：对耳轮上、下脚之间构成的三角形凹窝。

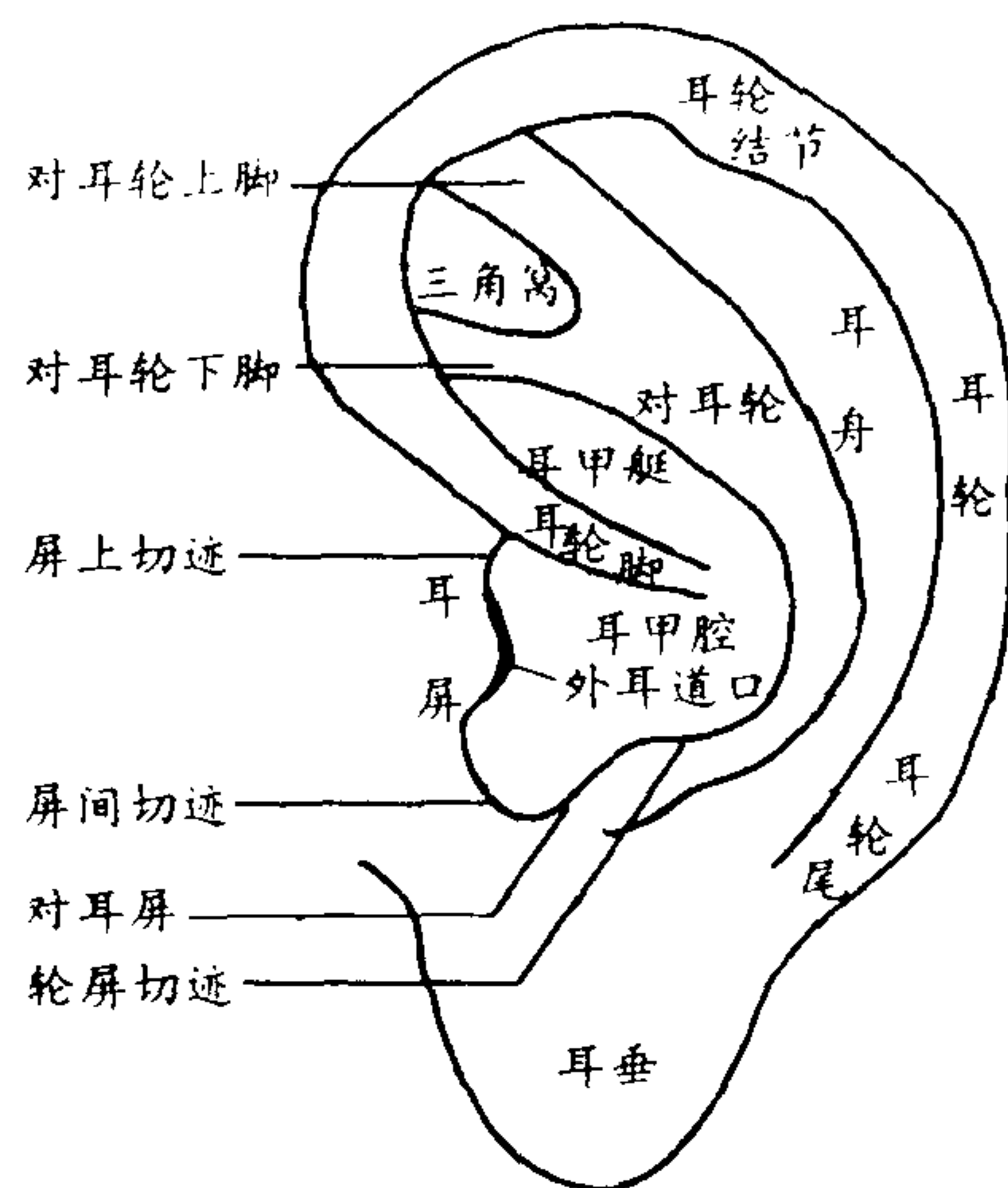


图 12－1 耳廓前面解剖名称

9．耳舟：耳轮和对耳轮之间的凹沟，又称舟状窝。

10．耳屏：耳廓前面的瓣状突起部，又称耳珠。

11．对耳屏：在耳垂上部，对耳轮下方与耳屏相对的隆起部。

12．屏上切迹：耳屏上缘和耳轮脚之间的凹陷。

13．屏间切迹：耳屏与对耳屏之间的凹陷。

14．屏轮切迹：对耳屏与对耳轮之间的稍凹陷处。

15．耳甲艇：耳轮脚以上的耳腔部分。

16．耳甲腔：耳轮脚以下的耳腔部分。

17．耳垂：耳廓最下部无软骨的皮垂。

18．外耳道口：在耳甲腔内的孔窍，为耳屏所遮盖。

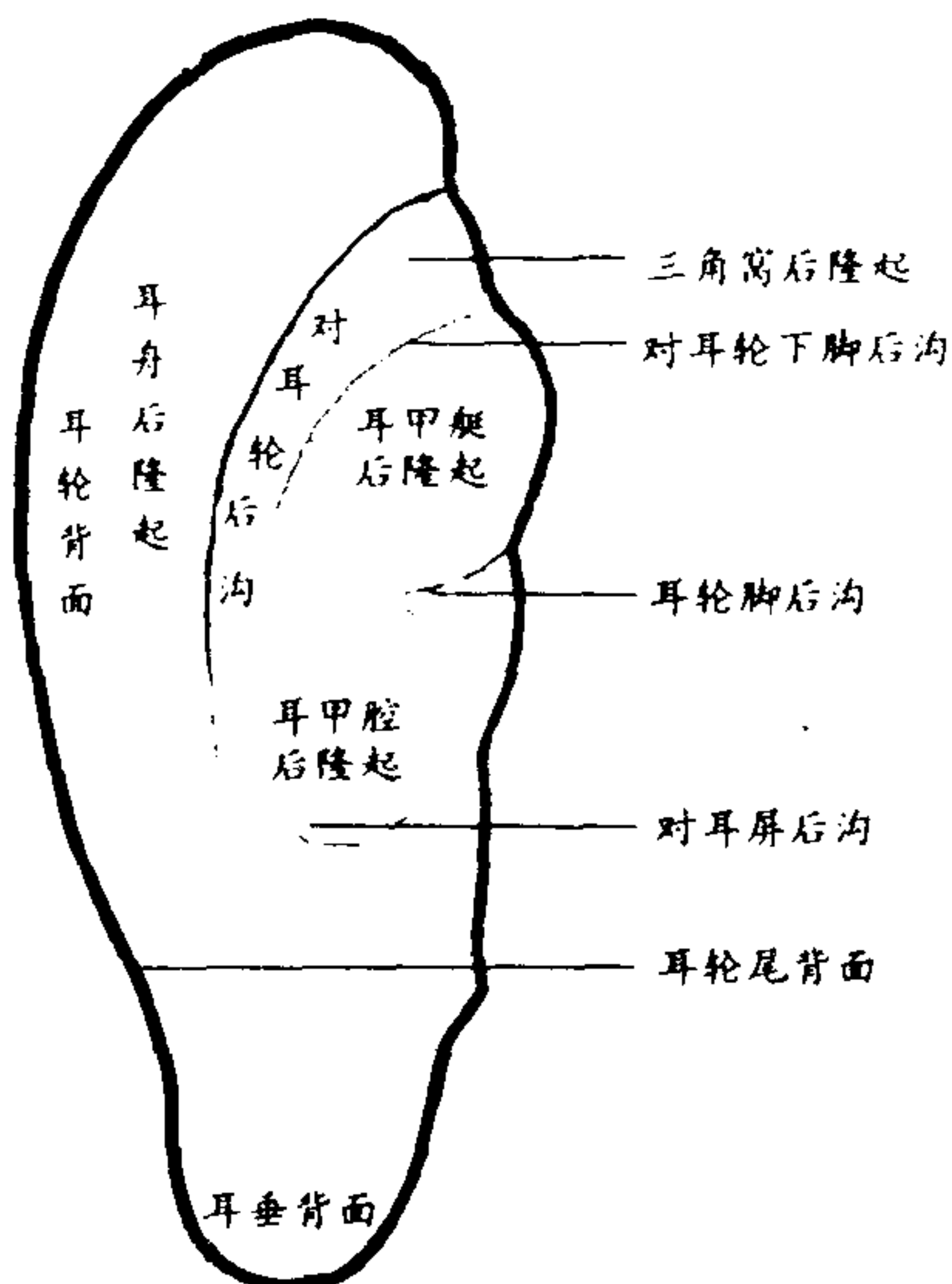


图 12－2 耳廓背面表面解剖名称

（二）耳廓背面解剖名称（图 12－2）

主要有与前面结构相应的三个面、四个沟和四个隆起。

1．三个面：

（1）耳轮背面：耳轮的外侧面，因耳轮是向前卷曲的，故此面多向前方。

（2）耳轮尾背面：耳舟隆起与耳垂背面之间的平坦部分。

（3）耳垂背面：耳垂背面的平坦部分。

2．四个沟：

（1）对耳轮后沟：对耳轮上脚和对耳轮体部背面的凹沟。

（2）对耳轮下脚后沟：指对耳轮下脚的背面，是一条从内上略向下行走的凹沟，又称耳后上沟。

（3）耳轮脚后沟：耳轮脚的背面，此沟向内上方延伸并分为上下两枝，多数人这一结构不明显。

（4）对耳屏后沟：在对耳屏突起的背面凹陷中。

3．四个隆起

（1）耳舟后隆起：耳舟的背面。

（2）三角窝后隆起：三角窝的背面，即对耳轮后沟与对耳轮下脚后沟之间。

（3）耳甲艇后隆起：耳甲艇背面之隆起。

（4）耳甲腔后隆起：耳甲腔背面之隆起。

二、耳穴分布规律

由于生物全息律的支配和发生遗传学中机体各部分与体表发育密切相关性所决定，耳穴是按严格的规律分布着，而把握人体各部在耳廓上各代表区的分布概况，则是认识这一规律的捷径。

一般来说耳廓里的分布好象一个倒置的胎儿，头部朝下，臀部朝上。其分布规律是：与头面部相应的穴位在耳垂、耳屏；与上肢相应的穴位在耳舟；与躯干相应的穴位在对耳轮；与下肢和臀部相应的穴位在对耳轮上、下脚；与盆腔相应的穴位在三角窝；耳甲艇代表腹腔；耳甲腔代表胸腔；耳轮脚代表横膈；耳轮前部代表泌尿生殖三角区；消化道在耳轮脚周围环形排列。

现将部分器官在耳廓代表区的位置作简要介绍。

1．耳垂：相当于面部。包括牙、舌、颌、垂前、眼、内耳、面颊、扁桃体等。

2．对耳屏：相当于头部。包括皮质下、缘中、对耳屏、额、颞、枕、缘中等。

3．耳轮脚：相当于横膈。包括耳中穴。

4．对耳轮：相当于脊柱及躯干。包括颈椎、胸椎、腰椎及颈、胸、腰、腹等。

5．对耳轮上脚：相当于下肢，包括髋、膝、踝、跟、趾等。

6．对耳轮下脚：相当于臀部。包括臀、坐骨神经、交感等。

7．三角窝：相当于盆腔。包括神门、盆腔、角窝中、内生殖器、角窝上。

8．耳舟：相当于上肢。包括锁骨、肩、肘、腕、指、风溪。

9．耳屏：相当于咽喉。包括内鼻、外鼻、肾上腺及屏尖、咽喉等。

10．屏上切迹：相当于外耳等。

11．屏间切迹：相当于内分泌、升压、卵巢等。

12. 耳甲艇：相当于腹部。包括肾、输尿管、膀胱、艇角、艇中、胰、肝等。

13. 耳甲腔：相当于胸部。包括心、肺、气管、三焦等。

14. 耳轮脚周围：相当于消化道。包括口、食道、贲门、胃、十二指肠、小肠、阑尾、大肠等。

15. 耳廓背面：相当于背部。包括上背、中背、下背，分布有耳背的心、肺、脾、肝、肾及耳背沟、上耳根、耳迷根、下耳根等。

第二节　耳全息诊断

耳廓皮肤不仅是全身体表的一部分，而且耳廓是人体的一个重要组成部分，被认为是一个具有独特的局部反映整体全息的微观世界。当人体发生生理、病理变化时，相关的耳穴上会出现皮肤色泽，形态的变化，以及痛阈下降及皮肤电阻下降等阳性反应。我们在各自的医疗实践中发现了许多“有诸内必形诸外”的例子。所以人们可以根据耳廓上的这些阳性反应点来反映人体疾病的信息；它既可反映现疾病发生的部位，又可反映以往发生的病变，有些反应点又可预示将要发生的病症。这种通过耳廓进行诊断的方法简称耳全息诊断。

一、耳全息望诊

望诊法就是直接通过肉眼或借助于放大镜，在自然光线下查找耳廓皮肤上出现变色、变形、丘疹、血管变化、脱屑等色泽和形态改变的“阳性反应物”的方法。并根据普查和对照观察中发现的规律及依据所在耳穴，对疾病作出诊断，主要用于定位和定性诊断。

（一）耳全息望诊的方法

1. 望诊时拇指和食指牵拉耳廓，对好光线，两目平视耳廓，由上而下按解剖部位分别仔细查找。

2. 发现可疑阳性反应物时，用手指将耳背顶起，使阳性反应处皮肤绷紧再放松，反复几次，仔细观察阳性反应物的性质、部位、大小、形状、色泽。双耳要对照观察，以区别真伪。

3. 望诊如发现耳廓有结节或隆起等病理反应物时，应用手指或探棒前、后、左、右触诊，辨认其硬度、大小、可否移动及压痛，边缘是否整齐。

4. 观察三角窝、耳甲艇部位时，用手指或探棒扩开耳轮脚或对耳轮下脚；望耳甲腔时把耳垂向下拉，以充分暴露望诊部位。

（二）耳全息望诊注意事项

1. 望诊前不要擦洗揉搓耳廓，以免皮肤充血、变色及阳性反应物改变，影响望诊准确性。如有污垢，可用干棉球顺一个方向轻轻擦净。

2. 望诊时要排除“假象”，常见的有小脓疮、冻疮疤痕、痣、白色结节、疣等。先与对侧耳廓对照，是否相应部位也有（双侧存在阳性反应，有望诊意义），鉴别时，这些“假象”无明显压痛，而阳性反应物呈强反应。

3. 望诊时应光线充足，自然光线最好。夜间或光线不足的地方及危重病人，望诊可用手电筒作透光诊察。

4. 另外，气候对每个人皮肤也有影响，夏季皮肤偏湿，易见充血；冬季皮肤干燥。

油性皮肤耳廓油润；干性皮肤耳廓干燥。总之要注意个体差异、男女老幼及时令季节的不同。

（三）耳全息望诊阳性反应物的类型、特点及临床意义

1. 耳廓颜色全息望诊：正常耳廓颜色红润。

（1）耳廓发青主寒证、惊风、痛证。若耳廓青黑，多见于剧痛者。

（2）耳廓色白主寒证、虚证。常见于暴受风寒者。有白色、苍白、中央小白点边缘红晕之分。白色反应属慢性疾病；点白边缘红晕属慢性疾病急性发作。若耳色青白主虚寒；淡白主气血亏虚；若耳薄而色白者，多为肾败，见于垂危重症病人。

（3）耳廓鲜红主热证。常见于发热患者。若红而痛、多为肝胆湿热或火毒上蒸、或为炎症所致、或为急性病症。若耳色暗红或淡红，多主血瘀，提示血液循环障碍。常见于疾病的恢复期或病史较长和慢性疾病。

（4）耳色黑为肾亏，耳廓干枯焦黑、主肾亏之象。

（5）耳廓色黄，兼有面黄、目黄则为黄疸；若耳色黄赤，主热，主风、亦主湿热。

（6）耳廓色灰，有浅灰、暗灰、灰色之分。灰色多见于陈旧性疾病和肿瘤，如肿瘤在相关耳穴部位及肿瘤特异区，呈现暗灰或深褐色，似蝇屎状反应，压之退色。

（7）耳廓出现红晕、暗红、暗灰、苍白或中央呈白色而边缘红晕，以点状或片状形式出现，常见于急、慢性胃炎，胃及十二指肠溃疡，急性气管炎，慢性气管炎，肝胆病，肾炎，各种关节炎；头痛，急性阑尾炎，眼病，妇科病，心脏病，胁肋痛（肝炎、胆石症）；痹症（风湿性关节炎）；便血（含消化道出血症）；淋症（膀胱炎、泌尿系感染）；眩晕（高血压、低血压）等。

（8）耳廓出现白色片状，呈糠皮样脱屑，多见于肺区，耳甲艇、三角窝等处，提示为皮肤病、妇科病等。

2. 耳廓形态及其他全息望诊

（1）耳形与禀赋：耳形与禀赋有一定的关系，如《灵枢·本脏篇》曰："黑色小理者，肾小，粗理者，肾大，高耳者，肾高，耳后陷者，肾下，耳坚者，肾坚；耳薄不坚者，肾脆。"

（2）耳厚大者为形盛，耳薄小者为形亏，耳肿起者为病气实，耳瘦削者为正气虚。

（3）耳轮甲错，主久病血瘀，亦主肠痈。

（4）耳轮焦干，多为肾精亏虚，或为下消证，或为阴津耗伤。

（5）耳轮萎缩、瘦干而色暗红，主正气虚极，多属肾精亏损或肾精耗竭。

（6）耳廓红肿，主上焦风热，肝胆火盛，或为阳明蕴热。

（7）月蚀疮：耳背或乳突处糜烂，或生于耳后缝间，延及耳折上、下，如刀裂之状，色红时流黄水，故名"旋耳疮"；由胆、脾湿热所致。亦可作为小儿蛔虫症的诊断依据。

（8）耳廓背面呈陷窝状或皱襞状，如用指甲按压痕迹样的微小畸形，提示为先天性神经发育不良，易患精神分裂症。

（9）耳轮焦枯受尘垢者，耳间青脉起，多为掣痛之征。

（10）耳前后肿者，阳明中风之征。

（11）冬季耳廓紫红或青紫湿烂，为冻疮之征。

（12）耳廓生出肿块，形如樱桃，或如羊奶者为"耳痔"。若耳肉鲜红，多属肝胆蕴

热，热毒袭耳；耳肉淡红，多为脾肾两亏；若耳肉暗红，为邪毒久留，气滞血瘀所致。

（13）招风耳：耳廓较正常耳外展，双侧性招风耳，可见于正常人，或早老症等。单侧性招风耳，可能因外伤或耳后乳突区有炎症肿胀，囊肿等，将耳廓外推所致。

（14）乳突表面瘀斑：如在外伤后立即出现，可能为乳突表面损伤；如为伤后一个时期出现，可能为颅中凹骨折的迁移性瘀斑。

（15）耳折征：是冠心病呈现在耳垂部的征象。是耳屏切迹外展到耳垂的斜折即为耳折征，耳折征与冠心病的符合率为80%。

（16）耳廓部位有结节状隆起，或见点状凹陷、圆圈形凹陷、索条样隆起或纵横交错的线条等形状。可见下列疾病：胁痛（肝炎、胆石症）；症瘕（肝脾肿大）；劳瘵（各期肺结核），岩症（肿瘤疾病）；腰痛（肥大性脊柱炎）；痿症（截瘫）；心悸、怔忡（心脏病）。

（17）丘疹：耳廓部位出现高于周围皮肤的点状隆起。丘疹反应提示急慢性器质性疾病，过敏性皮炎。常见有水疱样丘疹。丘疹呈暗褐色改变，似鸡皮疙瘩，常见于神经性皮炎。丘疹颜色见于红色或白色，可见下列疾病：妇科疾病；泄泻（急慢性肠炎）；肠痈（急慢性阑尾炎）；便秘（习惯性便秘）；水肿（急慢性肾炎）；淋证（急慢性泌尿系感染）；咳嗽（急慢性气管炎）；心悸（心肌炎）。丘疹呈米字排列改变，常见于心律不齐，传导阻滞。

（18）血管充盈：指耳廓的血管过于充盈或扩张。如沿血管走向明显充盈、血管局部充盈或呈圆圈形状及条段状。可见下列疾病：胸痹、真心痛（冠心病、心肌梗塞）；眩晕（高血压）；咳血（支气管扩张）。血管充盈、扭曲海星状多见于溃疡病；梅花状多见于肿瘤；网状改变多见于急性炎症；血管主干充盈扩张，中间呈条段状中断，常见于心肌梗塞。

（19）皮肤脱屑：指耳廓上产生白色的糠皮样脱屑，擦之不易除去。常见下列疾病：肺区过敏区脱屑，常见于皮肤病。三角窝脱屑常见于妇科炎症、带症。食道，贲门处脱屑见于消化不良，吸收代谢功能下降。全耳廓脱屑常见于脂溢性皮炎、牛皮癣。

3．耳廓反应及疾病分类（见下表）

反应分类	表　现	
变　色	①点状或片状的白色、红晕、灰暗色 ②白色小点边缘红晕	急慢性胃炎，胃十二指肠溃疡，急慢性气管炎，肝胆病，肾炎，各种关节炎，头晕头痛，急性阑尾炎，眼病，妇科病，血压改变，心脏病
变　形	①点状凹陷 ②索状或结节状隆起	结核病，慢性阑尾炎，肝大，肿瘤心脏病，骨质增生，外伤性截瘫，脊椎肥大，变形退化
丘　疹	红色或白色点状丘疹（似鸡皮疙瘩）	妇科病，大小肠病，急慢性气管炎肾病，膀胱炎，心脏病，肺结核
脱　屑	白色片状呈糠皮样多见于肺区，耳甲艇，三角窝，耳轮脚下缘	各种皮肤病、妇科病以及吸收，代偿功能不好，便秘

4．常见病在耳廓上的病理反应（见下表）

疾　病	部　位	反　应
急性胃炎	胃穴	呈点状或片状红晕，有光泽
慢性胃炎	胃穴	呈片状白色，边缘不清，少数皮肤增厚（多见肥厚性胃炎）
慢性胃炎急性发作	胃穴	①片状或点状白色，边缘红晕，有光泽 ②点状或片状红晕或充血
胃下垂	胃穴	胃穴的边缘，近对耳轮，呈片状白色隆起，边缘不清
胃溃疡	胃穴	①呈点状白色，边缘清楚 ②白色或暗灰色，边缘红晕，一般均有光泽
十二指肠溃疡	十二指肠穴	①呈点状白色，边缘清楚 ②白色或暗灰色，边缘红晕，一般均有光泽
慢性肠炎	大小肠穴	呈片状或丘疹充血，油脂较多
便　秘	大小肠穴	呈片状白色或有糠皮脱屑，无光泽
急性阑尾炎	阑尾穴	呈点状或丘疹充血
慢性阑尾炎	阑尾穴	多数呈点状凹陷或隆起，少数白色或暗灰色
慢性阑尾炎急性发作	阑尾穴	呈点状白色，边缘红晕或片状红晕
急性肝炎	肝穴	①呈片状或点状红晕 ②边缘红晕，中心白色，一般有光泽
肝　大	肝穴	呈白色片状隆起（如半个瓜子仁样），边缘清楚（右耳为肝右叶大，左耳为肝左叶大）
脾　大	脾穴	呈白色片状或边缘红晕，少数隆起
肺结核　活动期	肺穴	呈点状或丘疹充血，有光泽，少数用棉球擦即可出血（下为同侧，上为对侧）
肺结核　钙化期	肺穴	呈针尖样凹陷1至数个
急性肺炎	两肺间	呈点状或丘疹红晕，有的点状白色，边缘红晕，有光泽
急性气管炎	气管	呈点状或丘疹红晕，少数呈点状白色，边缘红晕，有光泽
慢性气管炎	气管	呈点状或片状白色，边缘清楚，少数白色丘疹，均无光泽
慢性气管炎急性发作	气管	呈点状或片状白色或丘疹，边缘红晕，均有光泽
肺气肿	肺穴	呈白色片状或点状密集成片，边缘不清，发作期有光泽。
多梦、失眠、心律不齐、期外收缩	心穴	呈皱折圆圈，中心有光泽，少数中心白色
风湿性心脏病	心穴	呈片状白色，边缘不清，少数有光泽

续表

疾病	部位	反应
各种头痛、头晕	缘中 额，皮质下	呈点状红晕或点状白色，一般有光泽，边缘清楚
高血压	额、皮质下 缘中	上述部位反应与头痛、头晕相同。此外，肾上腺呈点状或片状红晕，心穴呈皱折圆圈，降压沟上⅓有点状白色或边缘红晕约为收缩压150mmHg左右，中⅓有反应时，约为收缩压200mmHg左右
低血压	额、皮质下 缘中	头部穴位同高血压反应，肾上腺无反应，耳背沟下⅓有点状白色或边缘红晕为低血压
急性关节扭伤	相应部位	呈点状或片状红晕
陈旧性关节炎	相应部位	呈点状或片状红晕
慢性关节炎 急性发作	相应部位	呈点状白色，边缘红晕，均有光泽
脊椎变形或 肥大骨折	相应部位	呈索状或结节隆起，有的索状凹陷，纵横不一
痔　核	直肠穴	呈点状或片状白色，边缘红晕，少数呈暗灰色或片状
肛　裂	直肠穴	呈点状白色，边缘呈齿轮状红晕，有少数点状红晕，呈放射状
良性肿瘤	相应部位	呈皮下结节隆起，推之有移动，边缘清楚，无压痛（病例不多，有待探讨）
恶性肿瘤	相应部位	①呈软骨隆起，边缘不清楚，无移动 ②有的片状白色或暗灰色，压痛明显
痛　经	内生殖器	呈点状白色或红晕，有油脂
月经及白带过多	内生殖器	呈点状丘疹充血
月经过少或 短期闭经	内生殖器	呈点状或片状白色，无光泽，少数有糠皮脱屑
神经性皮炎	肺穴、相应部位	呈糠皮样脱屑，不易擦掉
慢性荨麻疹	肺穴、相应部位	呈糠皮样脱屑，不易擦掉
湿　疹	肺穴、相应部位	呈糠皮样脱屑，不易擦掉
脂溢性皮炎	全耳廓	呈糠皮样脱屑，不易擦掉，有油脂
鱼鳞状皮炎	全耳廓	呈干枯无光泽，鱼鳞样翘起
各种手术后痛	相应部位	呈白色浅条或半圆形的疤痕，少数呈暗灰色的

二、耳全息触诊

耳穴全息触诊是用探棒、毫针柄或手指触摸、探压耳廓以发现形态改变及压痛敏感程度的方法。

触疹可分触摸法、耳穴压痛法。

（一）耳全息触摸法

耳全息触摸法是用手指指腹触摸耳穴形态变化诊断疾病的一种方法。适用于慢性疾病、器质性疾病的诊断。

1．触摸的方法：

（1）医者手扶耳廓，用拇指指腹放在被测耳穴上，食指衬于耳背相对部位，两指腹互相配合进行触摸。

（2）触摸时先上后下，先内后外，按耳廓解剖部位进行触摸。在系统触摸耳廓各部位的基础上，右耳以触摸肝、胆、胃、十二指肠、阑尾穴为主；左耳以触摸胰腺、心、脾、小肠、大肠穴为主。

2．阳性改变与疾病的关系：

（1）凹陷：可触及点、线、片状不同规则的凹陷，并注意凹陷的色泽改变和凹陷恢复的时间。色泽改变、凹陷恢复时间慢，多的虚证；色深红、凹陷恢复时间快，多为实证。点状凹陷：多见于缺齿、散光、十二指肠溃疡、鼓膜内陷、耳鸣、龋齿。片状凹陷：多见于慢性结肠炎、十二指肠溃疡、头晕、缺齿。线状凹陷：又称耳折征，多见于耳鸣、缺齿、冠心病。

（2）隆起：多见点状、片状、条状、条片状、圆形结节、软骨增生。点状隆起：多见于头痛、气管炎、近视。片状隆起：多见于腰腿痛、腰肌劳损、偏头痛、后头痛、慢性浅表性胃炎、慢性阑尾炎、肠功能紊乱、腹胀、口腔溃疡、牙周炎。条片状隆起：多见于肌纤维炎、腰肌劳损、慢性胆囊炎、附件炎、便秘、肩背痛。

（3）压痕：压痕有深浅和色泽改变。临床耳诊时多以压痕恢复平坦的时间不同来辨别虚证和实证。压痕深、色泽白、恢复平坦时间慢者为虚证：多见于贫血、缺氧、水肿、腰痛。压痕浅、色红、恢复平坦时间快者为实证，多见于高血压、肝炎、急性荨麻疹、腹胀、胃炎

（4）水肿：出现凹陷性水肿、水纹波动感。

3．注意事项：

（1）触摸耳穴阳性反应物时，必须将指腹紧贴软骨面，以适宜的压力，上下左右捻动，仔细体会阳性反应物的边缘、界限、光滑度、可否移动。

（2）在触摸时要稍用力，并按耳廓解剖部位进行，避免遗漏阳性反应点。

（二）耳全息压痛法

1．压痛的方法：医生一手扶患者耳背，另一手持探棒或毫针柄等尖端钝圆、直径1.5mm的棒状物，以50～100g的均匀压力按压耳廓各穴，并且按压时间相等。

2．压痛敏感点的分级：压痛点的形成和消失随病情而变化。一般病情加重时，压痛点愈加敏感，随病情的好转，痛点减轻或消失。其通常表示方法：（1）正负法：眨眼为（+）；皱眉为（++）；出汗躲闪为（+++）；呼痛难忍、拒按为（#）。（2）分度法：Ⅰ°为呼痛能忍；Ⅱ°为呼痛、眨眼、皱眉；Ⅲ°为呼痛难忍躲避、拒按。按压的穴位如痛感反应不明显时，可在穴位所在的区域内多按几个点，让患者体会比较哪一点最痛，此点为敏感点。

3．压痛敏感点的分析：

（1）患病时，耳廓上的压痛敏感点往往可以在数处同时出现，但（+++）、（#）压痛点则通常出现在与病变位置对应的代表区内。

(2) 耳穴的全息压痛敏感现象，以症状发作时明显，与患病脏器同侧的相应耳穴反应尤甚。

(3) 同一肌体有多种疾病存在时，(卌)(卄) 压痛点总是在当前作为主要矛盾的疾病"代表区"内出现。主要矛盾改变，压痛敏感点的位置也随之变化。这在临床对病证的定位诊断和鉴别诊断上，具有重要意义。

(4) 病程短，压痛反应较明显；病程长，耳廓全息压痛敏感程度明显降低。

4. 注意事项：检查时要用力均匀、时间均等，不要用力过重。压痛点不明显时，可嘱病人比较，找出压痛最明显的敏感点。

三、耳穴全息电测法

耳穴全息电测法是测定耳穴的皮肤电阻，并以电阻降低的部位作为躯体内脏疾病诊断参考及治疗时取穴依据的方法。用于测定耳穴皮肤电阻的仪器称为耳穴探测仪。

(一) 耳廓的电特征及探测原理

人的耳廓形状如一个倒置的胎儿。我国历代医书及国外文献都证实了耳与经络、脏腑等有着内在联系，它和全身是一个统一的整体。古书记载："耳者，宗脉之所聚也。""五脏六腑十二经脉有终于耳者……。"就是这一观点的高度概括。

从信息科学的角度来讲，人体是一个最高级最完善的自动控制系统。在正常情况下，许多调节系统自行协调，自行平衡来维持人体健康。当人体某个调节系统发生故障或变化时，则生理功能平衡失调，导致经络气血阻滞，必然会在相应部位产生病变的信息，而且还会把这个信息传递到其他相应部位，如在耳廓的相应部位便出现阳性反应。在研究人体信息的过程中，发现人的耳廓信息是最集中的地方，它具有反应人体全部信息的功能。

反应到耳廓的信息有两种：一种是生物电信息，另一种是非生物电信息，即耳廓上出现的变形、变色、脱屑、压痛等。

生物电是在生命的活动中，由于新陈代谢的不断进行而产生的，如心电、脑电、动作电位等。这些生物电在体内借助组织的电解质，呈容积导电形式投射到皮肤表面。在皮肤上具有各器官生物电信息的输出点——即穴位。传导生物电的通路是经络。穴位（体穴、耳穴）是机体内外通电的门户。当组织或器官有病变时，其异常生物电则沿经络这个通道反应到耳穴（或体穴）上来，表现为耳廓相应部位的阻抗明显降低，包括电阻的减少和电容增大。耳穴探测就是 根据这一特点进行的。用阻抗的变化来诊断疾病的方法有人称之为"良导法"，有阳性反应的穴位叫"良导点"，也叫"敏感点"。根据与疾病有关的耳穴电阻较低（约 20～500kΩ），与疾病无关的耳穴电阻较高（5000～10000kΩ），这种电阻值的差异，可用仪器加以显示。

综上所述，耳穴探测就是借耳通过经络和生物电的联系，来反应人体的全部信息，而生物电信息的异常变化，反应了人体的病变情况，把异常的生物电信息转化为声、光、电等方法指示出来，并用来帮助诊断疾病。

(二) 探测方法

将探笔插入耳穴探测仪的插孔，医者手持探极，病人将握柄握在手心，打开开关，调整电位器，以上耳根穴为基准，测定基础电阻。

1. 全耳探测法：初诊时常用。探测顺序为：三角窝→耳甲艇→耳轮→耳轮脚周围→耳甲腔→对耳屏→屏间切迹→耳屏→耳垂→对耳轮→对耳轮上、下脚→耳舟。

2. 重点探测法：多用于鉴别诊断和复诊。当探测到某个敏感点时，就把和这个敏感点有关的，可构成诊断某疾病的其他穴，仔细探测，以作出初步的诊断和鉴别诊断。如测血压时，通常先测降压点，后测升压点，比较两点声音变化的高低，以判定血压的高低。

（三）探测结果的判断：依仪器的声响和压痛程度而定。

1. 正常穴位：无声响，无压痛，为阴性（－）。

2. 弱阳性穴位：声响弱，声响出现时不伴刺痛，为弱阳性（±）。示疾病初起，病愈或有既往史。

3. 阳性穴位：声响较弱较快，伴轻微刺痛为阳性（＋）。示相应部位病变正在发生发展或正在演变，恢复之中。

4. 强阳性穴位：声响较强较快，伴刺痛为强阳性（++）。提示病变的主要部位，病情最重的部位。

（四）注意事项：

探测时压力适中，速度不快不慢，各穴位停留时间一致。探测前不要擦洗耳廓。婴、幼儿良导点相对较少，并少兼有刺痛，如出现良导点，均应在诊断上予以分析。仪器灵敏度应事先调整好，探头以1.5mm为宜，探测时应随时调整探笔方向。患者手握握柄要紧。应双耳探测，以便对照，并记下结果，进行综合分析。

四、耳全息综合分析诊断

将视、触、探测等各种手段获得的耳部信息，综合归纳分析判断，以提高耳全息诊断符合率的一种方法。

（一）信息诊断记录分三步整理

1. 按系统归类。把一份完整的耳部信息记录，首先对敏感点按系统和脏腑器官归类，在每个系统内找出相应部位最强的阳性反应点，作出初步的判断。

2. 找出各系统之间的内在联系。一种病可能有几个阳性反应点，一个阳性反应点可能为一种疾病特有，也可能为多种疾病所共有。在完成上述分析后，根据一个系统和另一个系统之间的内在联系，以最强阳性反应点为中心，排除假阳性，作出初步诊断结果。

3. 结合临床症状和病史进行最后确诊。一般的疾病通过前面两步的分析，可作出初步诊断结果，遇有疑难病时，就要结合临床症状和病史进行确诊。

（二）具体病症分析法：

1. 根据中医脏腑理论分析：如骨折患者肾穴可能有阳性反应，胃痛患者可能肝穴上有阳性反应，这是“肾主骨”“肝气犯胃”的结果。心脏病除心区呈阳性反应，小肠穴亦出现反应，脏腑辨证心与小肠相表里。

2. 根据胚胎倒象分析：整个耳廓形态象一倒置胎儿，若阳性反应点在两穴之间，按投影关系，仍可能准确诊断出病位所在。

3. 根据现代医学理论分析：有一部分耳穴按现代医学命名，故应按现代医学理论分析，如十二指肠溃疡与大脑皮质功能紊乱有关，所以皮质下出现阳性反应点，由于疼痛放射，肩、背、胸亦会有强阳性信号。

4. 根据疾病的诊断参考穴分析：这些诊断参考穴是从大量临床病例分析得到的。如肾、肾炎点、膀胱、输尿管、腰痛点等穴位，在肾炎时出现率很高，可作为肾炎诊断参考穴。

5. 根据特定穴位分析：有一个穴位能代表一种疾病的性质或特有症状。如低血压时，升压点有阳性反应，过敏性疾病，过敏区有阳性反应。

6. 根据经络学说分析：利用经络和耳的关系，排除假阳性和帮助正确诊断有重要意义。如睾丸有病，肝穴有阳性反应点。面部的疾病，胃穴有阳性反应点等与经络循行部位有密切关系。

第三节 国际耳穴标准化方案(图 12－3)

一、耳轮脚部（1 穴）

耳中

定位：耳轮脚。

主治：呃逆、荨麻疹、皮肤瘙痒症、小儿遗尿症、咯血。

备注：原称膈、零点、神经官能症点。

二、耳轮部（12 穴）

1. 直肠

定位：近屏上切迹的耳轮处，与大肠同水平。

主治：便秘、腹泻、脱肛、痔疮。

备注：原称直肠下段。

2. 尿道

定位：直肠上方与膀胱同水平的耳轮处。

主治：尿频、尿急、尿痛、尿潴留。

3. 外生殖器

定位：尿道上方，与交感同水平的耳轮处。

主治：睾丸炎、副睾炎、外阴瘙痒症。

4. 肛门

定位：与对耳轮上脚前缘相对的耳轮处。

主治：痔疮、肛裂。

备注：原称痔核点。

图 12—3 国际标准化耳穴示意图

5. 耳尖

定位：耳轮顶端，与对耳轮上脚后缘相对的耳轮处。

主治：发热、高血压、急性结膜炎、麦粒肿、扁桃体炎。

备注：原称扁桃体。

6. 肝阳

定位：耳轮结节处。

主治：头晕、头痛、高血压。

备注：原称肝阳$_{1,2}$、枕小神经、达尔文结节。

7～12. 轮$_1$、轮$_2$、轮$_3$、轮$_4$、轮$_5$、轮$_6$：

定位：在耳轮上，自耳轮结节下缘至耳垂下缘中点划为5等份，共6个点，由上而下依次为轮$_1$、轮$_2$、轮$_3$、轮$_4$、轮$_5$、轮$_6$。

主治：扁桃体炎、上呼吸道感染、发热。

备注：原称扁桃体$_{2、3}$，三扁桃体。

三、耳舟部（6穴）

1. 指

定位：将耳舟分为六等份，自上而下，第一等份为指。

主治：甲沟炎，手指疼痛和麻木，阑尾炎。

备注：原称阑尾。

2. 风溪

定位：指、腕两穴之间。

主治：荨麻疹，皮肤瘙痒症，过敏性鼻炎。

备注：原称过敏区、荨麻疹点、结节内。

3. 腕

定位：第二等份为腕。

主治：腕部疼痛。

4. 肘

定位：第三等份为肘。

主治：肱骨处上髁炎，肘部疼痛，失眠。

备注：原称睡眠诱导点。

5. 肩

定位：第四、五等份为肩。

主治：肩关节周围炎、肩部疼痛，阑尾炎。

备注：原称阑尾$_2$。

6. 锁骨

定位：第六等份为锁骨。

主治：肩关节周围炎、肾炎、阑尾炎。

备注：原称肩肾炎点，阑尾$_3$。

四、对耳轮部（14穴）

1. 趾

定位：对耳轮上脚的后上方，近耳尖部。

主治：甲沟炎、趾部疼痛。

2. 跟

定位：对耳轮上脚的前上方，近三角窝上部。

主治：足跟痛。

3. 踝

定位：跟、膝两穴之间。

主治：踝关节扭伤。

4. 膝

定位：对耳轮上脚的中⅓处。
主治：膝关节肿痛。
5. 髋
定位：对耳轮上脚的下⅓处。
主治：髋关节疼痛、坐骨神经痛。
6. 臀
定位：对耳轮下脚的后⅓处。
主治：坐骨神经痛，臀筋膜炎。
7. 坐骨神经
定位：对耳轮下脚前⅔处。
主治：坐骨神经痛。
8. 交感
定位：对耳轮下脚的末端与耳轮交界处。
主治：胃肠痉挛，心绞痛，胆绞痛，输尿管结石，植物神经功能紊乱。
9. 颈椎
定位：在对耳轮体部，将轮屏切迹至对耳轮上，下脚分叉处分为五等份，下⅕为颈椎，中⅖为胸椎，上⅖为腰骶椎。
主治：落枕、颈椎综合征。
备注：原称甲状腺。
10. 胸椎
定位：见“9、颈椎”。
主治：胸胁疼痛，经前乳房胀痛，乳腺炎，产后泌乳不足。
备注：原称乳腺。
11. 腰骶椎
定位：见“9、颈椎”。
主治：腰骶部疼痛。
12. 颈
定位：颈椎前侧近耳腔缘。
主治：落枕、颈项肿痛。
13. 胸
定位：胸椎前侧近耳腔缘。
主治：胸胁疼痛、胸闷、乳腺炎。
14. 腹
定位：腰骶椎前侧近耳腔缘。
主治：腹痛，腹胀、腹泻、急性腰扭伤。

五、三角窝部（5穴）

1. 神门
定位：在三角窝内。对耳轮上、下脚分叉处稍上方。
主治：失眠、多梦、痛症、戒断综合征。

2．盆腔

定位：在三角窝内。对耳轮上、下脚分叉处稍下方。

主治：盆腔炎、腰痛。

备注：原称腰痛点。

3．角窝中

定位：三角窝中$\frac{1}{3}$处。

主治：哮喘、肝炎。

备注：原称喘点、肝炎点。

4．内生殖器

定位：三角窝前$\frac{1}{3}$的凹陷部。

主治：痛经、月经不调、白带过多、功能性子宫出血、遗精、早泄。

备注：原称子宫、精宫、天癸。

5．角窝上

定位：三角窝前上方。

主治：高血压。

备注：原称降压点。

六、耳屏部（6穴）

1．外耳

定位：屏上切迹前方近耳轮部。

主治：外耳道炎、中耳炎、耳鸣。

备注：原称耳。

2．外鼻

定位：耳屏外侧面正中稍前。

主治：鼻前庭炎、鼻炎。

备注：原称鼻眼净、饥点。

3．屏尖

定位：耳屏上部隆起的尖端。

主治：发热、牙痛。

备注：原称珠顶、渴点。

4．肾上腺

定位：耳屏下部隆起的尖端。

主治：低血压、风湿性关节炎、腮腺炎、间日疟、链霉素中毒性眩晕。

5．咽喉

定位：耳屏内侧面上$\frac{1}{2}$处。

主治：声音嘶哑、咽喉炎、扁桃体炎。

6．内鼻

定位：耳屏内侧面下$\frac{1}{2}$处。

主治：鼻炎、副鼻窦炎、鼻衄。

七、对耳屏部（6 穴）

1．对屏尖

定位：对耳屏的尖端。

主治：哮喘、腮腺炎、皮肤瘙痒症、睾丸炎、副睾丸炎。

备注：原称平喘、腮腺。

2．缘中

定位：对屏尖与轮屏切迹之间。

主治：遗尿、内耳眩晕症。

备注：原称脑点、脑干、遗尿点。

3．枕

定位：对耳屏外侧面的后上方。

主治：头痛、头晕、哮喘、癫痫、神经衰弱。

备注：原称晕点。

4．颞

定位：对耳屏外侧面的中部。

主治：偏头痛。

备注：原称太阳。

5．额

定位：对耳屏外侧面的前下方。

主治：头痛、头晕、失眠、多梦。

6．皮质下

定位：对耳屏内侧面。

主治：痛症、间日疟、神经衰弱、假性近视。

备注：原称卵巢、睾丸、兴奋点。

八、耳甲部（21 穴）

（一）耳甲腔（10 穴）

1．心

定位：耳甲腔中央。

主治：心动过速、心律不齐、心绞痛、无脉症、神经衰弱、癔病、口舌生疮。

2．肺

定位：耳甲腔中央周围。

主治：咳喘、胸闷、声音嘶哑、痤疮、皮肤瘙痒症、荨麻疹、扁平疣、便秘、戒断综合征。

备注：原称肺点、结核点、肺气肿点。

3．气管

定位：在耳甲腔内。外耳道口与心穴之间。

主治：咳喘。

4．脾

定位：耳甲腔的后上方。

主治：腹胀、腹泻、便秘、食欲不振、功能性子宫出血、白带过多、内耳眩晕症。

5. 内分泌

定位：耳甲腔底部屏间切迹内。

主治：痛经、月经不调、更年期综合征、痤疮、间日疟。

6. 三焦

定位：耳甲腔底部内分泌穴上方。

主治：便秘、腹胀、上肢外侧疼痛。

7. 口

定位：耳轮脚下方前$^{1}/_{3}$处。

主治：面瘫、口腔炎、胆囊炎、胆石症、戒断综合征。

8. 食道

定位：耳轮脚下方中$^{1}/_{3}$处。

主治：食道炎、食道痉挛、癔病性球。

9. 贲门

定位：耳轮脚下方后$^{1}/_{3}$处。

主治：贲门痉挛、神经性呕吐。

10. 胃

定位：耳轮脚消失处。

主治：胃痉挛、胃炎、胃溃疡、失眠、牙痛、消化不良。

备注：原称幽门、下垂点。

（二）耳甲艇（11穴）

1. 十二指肠

定位：耳轮脚上方后部。

主治：十二指肠溃疡、胆囊炎、胆石症、幽门痉挛。

2. 小肠

定位：耳轮脚上方中部。

主治：消化不良、腹痛、心动过速、心律不齐。

3. 大肠

定位：耳轮脚上方前部。

主治：腹泻、便秘、咳嗽、痤疮。

4. 阑尾

定位：大、小肠两穴之间。

主治：单纯性阑尾炎、腹泻。

5. 肝

定位：在耳甲艇的后下部。

主治：胁痛、眩晕、经前期紧张症、月经不调、更年期综合症、高血压、假性近视、单纯性青光眼。

6. 胰胆

定位：肝与肾两穴之间。

主治：胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、偏头痛、带状疱疹、中耳炎、耳鸣、听力减退、急性胰腺炎。

7. 肾

定位：对耳轮上、下脚分叉处下方。

主治：腰痛、耳鸣、神经衰弱、肾盂肾炎、哮喘、遗尿症、月经不调、遗精、早泄。

8. 输尿管

定位：肾与膀胱两穴之间。

主治：输尿管结石绞痛。

9. 膀胱

定位：对耳轮下脚的前下方，肾与艇角穴之间。

主治：膀胱炎、遗尿症、尿潴留、腰痛、坐骨神经痛、后头痛。

10. 艇角

定位：耳甲艇前上角。

主治：前列腺炎、尿道炎。

备注：原称前列腺穴。

11. 艇中

定位：耳甲艇中央。

主治：腹痛、腹胀、胆道蛔虫症、腮腺炎。

备注：原称脐中、腹水、醉点、前腹膜、后腹膜。

九、耳垂部（10穴）

1. 目$_1$

定位：耳垂正面，屏间切迹前下方。

主治：假性近视。

备注：原称青光。

2. 目$_2$

定位：耳垂正面，屏间切迹后下方。

主治：假性近视。

备注：原称散光。

3. 牙

定位：耳垂正面，从屏间切迹软骨下缘至耳垂下缘划三条等距水平线，再在第二水平线上引两条垂直等分线，由前向后，由上向下把耳垂分为九个区。一区为牙，二区为舌，三区为颌，四区为垂前，五区为眼，六区为内耳，五、六区交界线周围为面颊，八区为扁桃体，七、九区为空白区。

主治：牙痛、牙周炎、低血压。

备注：原称拔牙麻醉点、牙痛点、升压点。

4. 舌

定位：见“3、牙穴定位”，耳垂2区。

主治：舌炎、口腔炎。

备注：原称上颚、下颚。

5．颌

定位：见“3、牙穴定位”，耳垂3区。

主治：牙痛、颞颌关节功能紊乱。

备注：原称上颌、下颌。

6．垂前

定位：见“3、牙穴定位”，耳垂4区。

主治：神经衰弱，牙痛。

备注：原称拔牙麻醉点、神经衰弱点。

7．眼

定位：见“3、牙穴定位”，耳垂5区。

主治：急性结膜炎、电光性眼炎、麦粒肿、假性近视。

8．内耳

定位：见“3、牙穴定位”，耳垂6区。

主治：耳鸣、听力减退、内耳眩晕症。

9．面颊

定位：见“3、牙穴定位”、耳垂5、6区交界线周围。

主治：周围性面瘫、三叉神经痛、痤疮、扁平疣。

10．扁桃体

定位：见“3、牙穴定位”，耳垂8区。

主治：咽炎、扁桃体炎。

备注：原称扁桃体$_4$。

十、耳背部（9穴）

1．上耳根

定位：耳根最上缘。

主治：鼻衄。

备注：原称郁中、脊髓。

2．耳迷根

定位：耳背与乳突交界的根部，耳轮脚对应处。

主治：胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、鼻塞、心动过速、腹痛、腹泻。

3．下耳根

定位：耳根最下缘。

主治：低血压。

4．耳背沟

定位：对耳轮上、下脚及对耳轮主干在耳背面呈“Y”字形凹沟部。

主治：高血压、皮肤瘙痒症。

备注：原称降压沟。

5．耳背心

定位：耳背上部。

主治：心悸、失眠、多梦。

6. 耳背脾

定位：耳轮脚消失处的耳背部。

主治：胃痛、消化不良、食欲不振。

7. 耳背肝

定位：在耳背脾的耳轮侧。

主治：胆囊炎、胆石症、胁痛。

8. 耳背肺

定位：在耳背脾的耳根侧。

主治：咳喘、皮肤瘙痒症。

9. 耳背肾

定位：在耳背下部。

主治：头痛、头晕、神经衰弱。

附录 耳穴标准化方案（草案）说明

中国针灸学会

我国在借助耳部诊治疾病方面有悠久的历史和丰富的经验。早在二千多年前的《黄帝内经》中，就已记载了许多借耳诊治疾病的经验和理论，如耳与经络、脏腑的关系，望耳诊断疾病，耳背放血治疗抽搐等。散载于历代医学著作中，民间流传的经验也很丰富。仅举历代有文字记载的耳穴就有窗笼、耳中、耳尖、屏尖、郁中、三扁桃效、耳背等。历代刺激耳壳治疗过的病症已有头痛、眼病、气喘、面瘫、胃痛等 14 种以上。1988 年张振鋆氏就发表过耳背分属五脏的示意图。解放前山西运城的"孙三爷"因其擅长针刺耳壳治疗而出名。1956 年山东省莱西县卫生院发表了《针刺耳轮三点治疗急性扁桃腺炎》的文章。

法国医生诺吉尔于 1956 年提出了 42 个耳穴点和形如胚胎倒影的耳穴分布图。并曾在 1961 年、1975 年和 1982 年多次加以增补和修改。近年来又提出了"三个位相学说"的设想。法国 P. Jarricort 氏也在 1981 年提出过不同的耳穴。三十多年来，其他国家也曾提出过"腰痛点""疲劳恢复点"等少数耳穴。

诺吉尔氏的耳穴图于 1958 年介绍到我国，对我国针灸工作者有所启发。此后，我们在城乡普及了耳针疗法。已用耳针治疗过 200 多种病症，观察到耳针对急性痛症、腮腺炎、支气管炎、哮喘、带状疱疹等几十种病症疗法较为显著。在刺激耳穴的方法上增加了耳压、埋针、电针、耳穴注射、磁疗、光针等，创造了耳针麻醉。在耳穴辅助诊断方面也积累了丰富的经验。各医学院校和研究部门还从经络、神经、体液等方面，运用解剖组织学、电生理学、生物化学、组织化学和核医学等方法，对耳穴与内脏的相关性进行了动物实验和人体观察，取得了可喜的成绩。我们在深入发掘古人经验的同时，在诊疗和针麻实践中不断提出了许多新耳穴。目前，该图在世界上传播最广、影响最大，已在近百个国家中得到运用。由于人们对耳穴作用的认识各异，耳穴的作用机制尚未完全阐明，故目前耳穴的定位和命名较为混乱。

为了便于研究和交流，我国受世界卫生组织西太区办事处的委托，根据我们对耳穴的研究和实际应用情况，并参阅英、法、德、日文献、选取临床上常用的、疗效好、不能为其他穴所代替的耳穴，并兼顾不同语种的人都易于掌握的原则，制定了本方案。

STANDARD NOMENCLATURE OF AURICULAR POINTS

A

Erlun 耳轮 Helix, H.

MA - H_1 Erzhong 耳中 Ear Centre
MA - H_2 Zhichang 直肠 Rectum
MA - H_3 Niaodao 尿道 Urethra
MA - H_4 Waishengzhiqi 外生殖器 External Genitals
MA - H_5 Gangmen 肛门 Anus
MA - H_6 Erjian 耳尖 Ear Apex

Erzhou 耳舟 Scaphoid Fossa, SF.

MA - SF_1 Zhi 指 Fingers
MA - SF_2 Wan 腕 Wrist
MA - SF_3 Zhou 肘 Elbow
MA - SF_4 Jian 肩 Shoulder
MA - SF_5 Suogu 锁骨 Clavicle

Duierlun 对耳轮 Antihelix, AH.
MA-AH_1 Gen 跟 Heel
MA-AH_2 Huai 踝 Ankle
MA-AH_3 Xi 膝 Knee
MA-AH_4 Kuan 髋 Hip
MA-AH_5 Tun 臀 Gluteus
MA-AH_6 Zuogushenjing 坐骨神经 Sciatic Nerve
MA-AH_7 Jiaogan 交感 Sympathesis
MA-AH_8 Jingzhui 颈椎 Cervical Vertebrae
MA-AH_9 Xiongzhui 胸椎 Thoracic Vertebrae
MA-AH_{10} Jing 颈 Neck
MA-AH_{11} Xiong 胸 Chest
Sanjiao wo 三角窝 Triangular Fossa, TF.
MA-TF_1 Ershenmen 耳神门 Ear Shenmen
Erping 耳屏 Tragus, T.
MA-T_1 Waibi 外鼻 External Nose
MA-T_2 Pingjian 屏尖 Apex of Tragus
MA-T_3 Yanhou 咽喉 Pharynx and Larynx
Duierping 对耳屏 Antitvagus, AT.
MA-AT_1 Pizhixia 皮质下 Subcortex
Erjiaqiang 耳甲腔 Interior Concha, IC.
MA-IC_1 Fei 肺 Lung
MA-IC_2 Qiguan 气管 Trachea
MA-IC_3 Neifenmi 内分泌 Endocrine
MA-IC_4 Sanjiao 三焦 Triple Energy
MA-IC_5 Kou 口 Mouth
MA-IC_6 Shidao 食道 Esophagus
MA-IC_7 Benmen 贲门 Cardia
Erjiating 耳甲艇 Superior Concha, SC.
MA-SC_1 Shierzhichang 十二指肠 Duodenum
MA-SC_2 Xiaochang 小肠 Small Intestine
MA-SC_3 Lanwei 阑尾 Appendix
MA-SC_4 Dachang 大肠 Large Intestine
MA-SC_5 Gan 肝 Liver
MA-SC_6 Yidan 胰胆 Pancreas and Gallbladder
MA-SC_7 Shuniaoguan 输尿管 Ureter
MA-SC_8 Pangguang 膀胱 Bladder
Erchui 耳垂 Lobe, L.
MA-L_1 Yan 眼 Eye

B

Fengxi 风溪 Wind Stream
Zhi 趾 Toe
Yaodizhui 腰骶椎 Lumbosacral
Fu 腹 Abdomen
Penqiang 盆腔 Pelvis
Jiaowozhong 角窝中 Meddle Triangular Fossa
Neishengzhiqi 内生殖器 Internal Genitals
Jiaowoshang 角窝上 Superior Triangular Fossa
Shenshangxian 肾上腺 Adrenal Gland
Duipingjian 对屏尖 Apex of Antitragic
Yuanzhong 缘中 Central Rim
Zhen 枕 Occiput
Nie 颞 Temple
E 额 Forehead
Xin 心 Heart
Pi 脾 Spleen
Wei 胃 Stomach
Shen 肾 Kidney
Tingjiao 艇角 Angle of Superior Concha
Ya 牙 Tooth
She 舌 Tongue
He 颌 Jaw
Chuiqian 垂前 Anterior Ear Lobe
Mu 目 Eye
Neier 内耳 Internal Ear
Mianjia 面颊 Cheek
Biantaoti 扁桃体 Tonsil
Shangergen 上耳根 Upper Ear Root
Ermigen 耳迷根 Root of Ear Vagus
Xiaergen 下耳根 Lower Ear Root
Erbeigou 耳背沟 Groove of Posterior Surface
Erbeixin 耳背心 Heart of Posterior Surface
Erbeipi 耳背脾 Spleen of Posterior Surface
Erbeigan 耳背肝 Liver of Posterior Surface
Erbeifei 耳背肺 Lung of Posterior Surface
Erbeishen 耳背肾 Kidney of Posterior Surface

第四节 耳全息治疗

一、耳全息治疗的适应症与禁忌症

(一) 耳全息治疗的适应症

1. 各种疼痛性疾病。耳针最大优点是止痛，对外伤性疼痛，手术后疼痛，神经性疼痛等均有明显疗效。

(1) 外伤性疼痛：如扭伤、挫伤、刺伤、切割伤、骨折、脱臼、落枕、烫伤等疼痛。耳全息治疗腰、四肢的急性扭伤、挫伤治愈率为67.2%，有效率为95.8%。

(2) 手术后疼痛：如五官、脑外、胸、腹、四肢各种术后所产生的伤口痛、疤痕痛、

幻肢痛，麻醉后的腰痛、头痛等，常可用其来减少或代替杜冷丁、吗啡诸类止痛麻醉剂。

（3）神经性疼痛：如头痛、偏头痛、三叉神经痛、肋间神经痛、带状疱疹、坐骨神经痛。

2. 各种炎症性疾病

如急性结合膜炎、疱疹性角膜炎、电光性眼炎、牙周炎、化脓性牙髓炎、中耳炎、咽喉炎、扁桃体炎、腮腺炎、乳腺炎、大叶性肺炎、气管炎、胸膜炎、胃炎、肠炎、阑尾炎、胆囊炎、盆腔炎、前列腺炎、膀胱炎、睾丸炎、副睾炎、各种脓疡、瘰疽、丹毒、风湿性关节炎、面神经炎、末梢神经炎等，耳全息治疗有消炎止痛之功效。

3. 功能紊乱性疾病

对眩晕综合征、心律不齐、高血压、多汗症、肠功能紊乱、月经不调、遗尿、神经衰弱、癔症、性功能紊乱、眼肌痉挛、面肌痉挛等。实践证明耳全息治疗具有调节神经兴奋与抑制失衡的功能，建立新的平衡，促使病症的缓和或痊愈。

4. 过敏性与变态反应性疾病

如过敏性鼻炎、哮喘、过敏性紫癜、过敏性休克、过敏性结肠炎、结节性红斑、风湿热、药物疹、血清病、荨麻疹等，耳全息治疗可以提高内源性肾上腺皮质激素含量，故具有消炎脱敏、改善机体免疫功能的作用。

5. 内分泌代谢性疾病

单纯性甲状腺肿、亚急性甲状腺炎、甲状腺机能亢进、糖尿病、肥胖病、经绝期综合症、尿崩症等，耳全息治疗有调节及改善症状、减少药量等辅助治疗之用。

6. 部分传染性疾病。

流行性感冒、百日咳、猩红热、疟疾、肺结核、菌痢、传染性肝炎、乙型脑炎、流行性脑膜炎、青年扁平疣等，耳全息治疗有镇静退热、解痉止痛等作用，恢复和提高机体免疫功能，从而加速疾病的治愈。

7. 各种慢性疾病

腰腿痛、颈椎痛、肩周炎、腹胀、消化不良、慢性胆囊炎、慢性胃炎、十二指肠溃疡、肢体麻木等，有时耳全息治疗具有某些药物所不及的效果。

8. 其他

耳全息治疗除上述适应症外还用于针麻、催产催乳、预防晕车、晕船、食物中毒、输液反应、排石，还可预防输血反应。还用于戒毒、戒烟、减肥、美容，促进保健的作用。

耳全息治疗的适应症很广泛，许多疾病可单独用之治疗，有些仅作辅助治疗。

（二）耳全息治疗的禁忌症

耳全息治疗比较安全，一般没有绝对禁忌症，但下列情况下要注意。

1. 严重心脏病患者，不宜使用，更不宜采用强刺激。如电针、放血等。

2. 患有严重器质性疾病及伴有高度贫血、血友病患者不宜针刺，可用耳穴贴压法代替。

3. 妇女怀孕 40 天～3 个月不宜针刺，5 个月后应轻刺激，不宜针子宫、腹、卵巢、内分泌等穴。有习惯性流产史的孕妇应禁用耳穴治疗。月经期可慎用。

4. 外耳有严重炎症，如耳廓湿疹、溃疡、冻疮破溃等，不宜作耳针治疗，但可用氦氖激光耳穴照射（光针）。

针刺的禁忌症虽应注意，但并不是绝对不变的，它与机体当时的机能状态有着密切的关系。

二、耳全息治疗配穴原则

耳全息治疗其配穴和十四经穴原则上一样。配穴是辨证施治的重要措施，其方法是根据中医四诊和耳穴特定的查法“望、触、听”的结果，进行辨证施治；组成配穴处方和选用适当的方法治疗。正确的配穴原则是耳全息治疗和提高疗效的关键。常用配穴方法有五种：按经配穴、按脏腑配穴、按相应部位配穴、按现代医学理论配穴、按临床经验配穴。

（一）按经配穴

根据经络学说，进行经络辨证配穴，分为辨经配穴、异经配穴和按经络病候配穴。

1. 辨经配穴：根据经络循行的部位辨出何经受病以配何经穴。如上牙痛，其循行部位属足阳明胃经，故以耳穴胃为主进行治疗；又如坐骨神经痛，其经络循行部位属足太阳膀胱经，故配膀胱穴治疗；如偏头痛，其部位属足少阳胆经循行部位，故取胰胆穴治疗。

2. 异经配穴：即表里经配穴，是某经受病，除取本经穴外；同时取其表里经穴。如胃病，除取胃经有关的胃穴外，还取它相表里经的脾穴；又如失眠症，除取心经有关的心穴外，还取它表里经的小肠穴，这种配穴方法更能提高疗效。

3. 按经络病候配穴：是根据经络“是动则病”和“所生病”的病候来配穴。如上牙痛属足阳明胃经，是动病则齿痛，配胃穴来治疗。下牙痛，属手阳明大肠经，是动病则齿痛，配大肠穴来治疗。如手少阳心经，是主“心”所生病者（目黄、胁痛掌中热痛）可取心穴治疗。

（二）按脏腑配穴

根据祖国医学理论，按照各脏腑的生理功能和病理表现进行脏腑辨证配穴。如鼻渊取肺穴，因“肺开窍于鼻”，又因“肺主皮毛”，故取肺穴来治疗各种皮肤病；又如“肾主骨”“其华在发”故取肾穴治疗脱骨疽、脱发；“心主血脉”故取心穴治疗胸痹、心痛；再如“肝开窍于目”故肝穴治疗眼病；“脾统血”“脾主运化”“脾主四肢”故用脾穴治疗月经不调、纳差、下肢肿痛。

（三）按相应部位配穴

根据患病部位，在耳廓的相应部位配穴。如后头痛配枕穴、神门；阑尾炎配阑尾穴、大肠；颈椎病配颈椎穴、肾；肩周炎配肩、锁骨穴等。

（四）按现代医学理论配穴

耳穴中有许多穴位是根据医学理论命名的，如交感，皮质下，内分泌，肾上腺。这些穴位的功能与现代医学理论一致。如肾上腺穴，有人发现此穴有近似肾上腺的功能。如交感穴，有人研究认为此穴的作用近似交感神经和副交感神经的作用。因此可用现代医学理论来理解和应用这些耳穴。如胃肠疾病和消化系统的植物神经功能紊乱，可取交感穴。又如肾上腺所分泌的激素有抗过敏、抗炎、抗风湿的作用，可取肾上腺穴来治疗过敏性疾病、炎症、内湿等。

（五）按临床经验配穴

根据临床经验发现某个耳穴治疗某些病有特效。如灸耳尖穴治疗腮腺炎；降压沟点刺出血治疗高血压；肝炎后综合症选用疏肝健脾，理气消胀的肝、脾、三焦、艇中、皮质下等，合理运用能取得特别好的疗效。神门、枕二穴都具有镇静、镇痛、安眠的作用，主要

是抑制作用。因此在治疗肝炎、肝炎后综合症、胃肠功能紊乱等疾病时，勿用神门、枕二穴，以避免对胃肠功能蠕动起到抑制作用，而起不到预期的效果。

三、耳全息治疗选穴根据

（一）根据中医理论选穴

1. 宣肺解表

肺、肾上腺、内分泌、神门、额、耳尖、轮$_{1-6}$。

2. 止咳平喘

气管、神门、肺、胸、交感、风溪、内分泌、肾上腺、口、肾、耳尖（放血）。

3. 养血安神

神门、枕、皮质下、心、肝、胰胆、垂前、交感、缘中、角窝上、耳背沟、耳尖（放血）。

4. 祛风止痒

肺、神门、肝、脾、枕、心、风溪、内分泌、耳中、皮质下、相应部位点刺放血。

5. 降逆止呃

贲门、胃、枕、皮质下、神门、交感、肝、耳中。

6. 健脾和胃

脾、小肠、胰胆、内分泌、皮质下、胃、十二指肠、艇中、大肠、肝、脾、三焦、食道、风溪、皮质下。

7. 行气活血

交感、心、肝、皮质下、脾、三焦、内分泌、肺。

8. 疏肝利胆

胆、三焦、内分泌、交感、肝、胰、胆。

9. 补肾固涩

内生殖器、神门、脾、三焦、内分泌、肾、肝、外生殖器、盆腔。

10. 通调二便

肾、脾、肺、三焦、内分泌、艇中、膀胱、缘中、尿道、枕、大肠、皮质下、腹、直肠、神门、艇角、缘中。

11. 其他

（1）通经止痛：

神门、交感、颈椎、胸椎、腰骶椎、颈、胸、颞、额、指、腕、肘、肩、锁骨、趾、跟、踝、膝、髋、臀、坐骨神经、牙、舌、颌、上耳根、下耳根。

（2）理气利咽：

口、肺、脾、内分泌、扁桃体。

（3）养血明目：

耳尖（放血）、肾、肝、眼、目$_1$、目$_2$、枕、心、脾。

（4）滋阴益聪

外耳、内耳、胆、三焦、肾。

（5）通利鼻窍：

内鼻、外鼻、肺、肾上腺、额。

(6) 清热解毒：

屏尖、肾上腺、阑尾、交感、神门、轮$_{1-6}$、心、肺、三焦、肝、胆、耳尖（放血）。

(7) 醒脑开窍：

缘中、额、心、肝、肾、内鼻、眼、耳尖。

(8) 理气排石：

胰胆、肝、腹、交感、输尿管、膀胱、肾、三焦、耳尖。

（二）根据西医理论功能分类选穴（见下表）

耳穴功能	耳穴
止痛	相应部位、神门、腹部。内脏疼痛疾患加交感；软组织损伤加肝、脾；牙齿、骨骼疾患加肾
止晕	枕、晕点、肝、耳尖（放血）、外耳。脑动脉硬化引起的头晕加皮质下，心；植物神经功能紊乱引起的头晕加交感、皮质下；美尼尔氏综合症引起的头晕加内耳、脾；晕动病加贲门、内耳；贫血引起的头晕加膈、脾
止惊	脑干、枕、神门、肝、皮质下、枕小神经点、耳尖（放血）
止咳	相应部位、平喘、口、脑干、神门、枕、脾。
止喘	支气管、肺、平喘、交感、肾上腺、神门、枕。支气管哮喘加风溪、内分泌；喘息性支气管炎加耳尖（放血）、内分泌；虚喘加肾；肺心病喘加心、肾、皮质下
止痒	相应部位点刺放血，耳尖（放血）、肺、脾、心、神门、枕、风溪、膈
止鸣	内耳、外耳、耳鸣沟、三焦、胆、肾、颞
止吐	贲门、胃、枕、皮质下、神门
止酸	交感、胃、肝
止带	相应部位、肾、脾、三焦、肝、内分泌
镇静（兴奋）	耳尖（放血）、神门、枕、皮质下、脑干、心、额、内分泌、兴奋点、丘脑、缘中、肾上腺
降压	降压点、神门、肝、肾、心、耳尖（放血）、额、枕、皮质下
升压	升压点、肾上腺、缘中、心、肝、肾、皮质下
降心率	降率穴、皮质下、心、神、枕
强心	交感、肾上腺、缘中、皮质下、心
止血	肾上腺、缘中、膈、相应部位
活血	交感、心、肝、肺、热穴、心血管系统皮质下、相应部位
利尿	肾、脾、肺、三焦、内分泌、腹小点、相应部位
止遗	膀胱、耳中、缘中、尿道、夜尿症加额、兴奋点；脊髓外伤病变或骨性病变引起遗尿加相应部位、腰骶椎；神经性膀胱尿频加神经系统皮质下、枕
通便	大肠、脾、三焦、脾、肺、皮质下、便泌点、艇中。
止泻	直肠、大肠、脾、耳尖（放血）、神门、枕、内分泌；过敏性结肠炎加风溪、皮质下；慢性痢疾加肾上腺、耳尖（放血）
利咽	咽喉、口、气管、肺、内分泌。急性咽喉炎加神门、耳尖（放血）；扁桃体炎加神门、耳尖（放血）、扁桃体；声音嘶哑加脾、声带；梅核气加肝、皮质下、食道
明目	耳尖（放血）、肾、肝、眼、目$_2$。近视眼加脾、交感；急性结膜炎加肺；内外眦睑缘炎加心、脾；麦粒肿、霰粒肿加脾

续表

耳穴功能	耳　　穴
助听	内耳、外耳、肾、三焦、胆、颞
通窍	内鼻、肺、外耳，感冒鼻塞流涕加耳尖（放血）、肾上腺、风溪；过敏性鼻炎加风溪、内分泌、肾上腺、耳尖（放血）；肥大性鼻炎加肾上腺、膈；萎缩性鼻炎加内分泌、脾
美容	面颊及相应部位，肺、脾、肝、内分泌。炎症性疾病加肾上腺、大肠、耳尖（放血）；色素性疾病加缘中，肾上腺；神经性功能失调疾病加皮质下、枕、神门；脂代谢性疾病加胰、肾、小肠
抗过敏	耳尖（放血）、风溪、内分泌、肾上腺、肝、相应部位
抗感染	耳尖（放血）、轮1～轮6（放血）、肾上腺、内分泌、神门、相应部位
抗风湿	耳尖（放血）、肾上腺、内分泌、肾、肝、脾、三焦、相应部位
退热	耳尖、屏尖、肾上腺三点（放血）、交感、丘脑、肺、枕、内分泌、相应部位
调节植物神经功能	交感、丘脑、皮质下、心、肾、神门、枕
调节内分泌	内分泌、缘中、丘脑、肾、肝、相应部位
调经	内分泌、缘中、丘脑、卵巢、肾、肝、内生殖器。月经过少闭经加兴奋、心血管、皮质下、交感；月经过多、功能性子宫出血加膈、肾上腺、脾；痛经加腹、艇中、神门
补肾	肾、肝、心、内分泌、缘中、丘脑、肾上腺
补血	脾、胃、肾、三焦、血液点、心、肝、肾上腺
健脑	心、肾、脑、丘脑、皮质下、额
健肝血	肝、肾、三焦、脾、内分泌、皮质下、相应部位
健脾助运	脾、胃、小肠、胰、内分泌、皮质下、口
催乳	乳腺、缘中、内分泌、丘脑、肝
理气消胀	腹、腹胀区、肝、脾、胃、三焦、肺、皮质下、大肠
降糖	胰腺点、胰、内分泌、缘中、丘脑、皮质下、口渴点、三焦
解疼	相应部位、交感、皮质下、神门
利胆	胆、胆道、肩背、三焦、十二指肠、小肠、皮质下、内分泌
安眠	神门、肾、心、皮质下、枕、神经衰弱区、垂前、耳尖（放血）。肝郁气滞型加肝；心脾两虚型加脾；心虚胆怯型加胆；胃失和降型加胃
敛汗	心、交感、皮质下、丘脑、相应部位

四、耳全息治疗方法

由于耳全息疗法应用方便，治疗病种多，疗效满意，倍受患者欢迎和针灸学者的重视，故而发展很快，方法众多，现择其要者介绍于下。

1．耳毫针法

耳毫针法是应用毫针刺激耳穴治疗疾病的一种方法。用的毫针针长5分，针的粗细有26号、28号、30号、32号四种。

（1）操作方法

①治疗工具的准备：经高压灭菌的毫针，75%酒精和棉球、消毒干棉球、2%碘酊、消毒棉棒、血管钳或镊子、耳穴压痛棒、耳穴探测仪。

②耳廓的消毒：如不注意消毒，耳针比较容易感染，可造成耳软骨膜炎，因此要严格耳廓的消毒。先用2%碘酊消毒，再用75%酒精棉球脱碘，由内到外，由上到下，对耳廓全部消毒。特别要重视三角窝、耳甲艇、耳甲腔、外耳道口周围、耳屏内侧等部位的消毒。

③选穴配方：对病人进行望、触、电测诊检查耳穴阳性反应点，明确诊断、选穴配方。并对复诊病人检查阳性反应点有无变化，探测穴位后作一压痕给予针刺。

④体位和进出针：病人选用坐位，医者取毫针用左手拇指，食指固定耳廓，中指托住耳背，右手进针，一般刺入2～3分，有针感即可，不留针或留针20～30分钟。起针时用消毒干棉球、压迫针眼，以防止出血。

⑤针刺的方向和深度：位于耳甲腔、耳甲艇、三角窝中的耳穴，可直刺90°进针。位于耳舟、耳垂部耳穴多用15°沿皮进针。位于对耳轮、对耳屏内侧、屏间切迹等处耳穴，多用45°～60°进针。至于深度，应根据患者耳廓的局部厚薄、穴位的位置而灵活掌握。一般刺入皮肤2～3分即可达软骨，其深度以耳针能站立而不摇摆为宜。常用浅刺法，即把针刺入皮下，抵达耳软骨膜，不刺入耳软骨。

⑥针刺强度：强刺激法用于病者体质强壮的急性病、实症、瘀症、痛证、此法即为泻法。轻刺激法用于病者体质较差的慢性病、虚症、久病、此法为补法。中等度刺激法又称平补平泻，是介于强、轻刺激之间，也是常用的刺激法。

⑦留针：留针时间一般不少于半小时，最好1小时。有的病症可留针数小时。婴幼儿一般不留针。

⑧疗程：2～3天治疗1次，7～10次为一疗程，两疗程间休息3～5天。

（2）注意事项及异常情况处理

①注意针具及耳廓的严格消毒。

②病人体质极度虚弱，重病不宜耳针治疗。

③孕妇五个月内不宜耳针治疗。

④耳廓有炎症应禁针。

⑤如发生晕针，先让病人平卧休息，喝些热茶或糖水，消除紧张情绪，片刻即可恢复。对有晕针史的病人，可嘱其侧卧床上施针，并注意针刺强度不宜过大，针刺穴位不宜过多、过深，如心、肾上腺、交感、三焦、内分泌不宜深刺。

⑥少数病人出现耳部异常疼痛、头痛、张口困难、下肢发冷、半身麻木等异常感觉，多因针刺肾上腺、交感、肾、三焦、内生殖器等穴过深所致，一般将针稍退出一些，以上症状可减轻或消失。

2．耳穴埋针

将皮内针埋入耳穴，一般斜行刺入针体$^2/_3$，胶布固定，仅埋单侧，1天按压3次，留针3～5天。也可用揿针。适用于疼痛病症和慢性病，有持续刺激，巩固疗效和防止复发作用。现多被耳穴贴压法所代替。

3．耳穴电针

将毫针与脉冲电流刺激相结合，以维持针感增强疗效。适用于神经系统疾病，内脏痉挛痛，哮喘，耳针麻醉等。

（1）操作方法

毫针刺入耳穴后，将电针仪的一对输出导线的正负极分别连接两根毫针柄上，再拨动电位器开关，逐渐调整输出电流至所需刺激量，一般以病人能耐受为度。通电时间一般以20～30分钟为宜，每日或隔日1次，7～10次为1疗程。

（2）注意事项

电针刺激量不宜过大。一对导线的正负极应连接在同侧耳廓。

4. 耳穴贴压药籽法

耳穴贴压药籽法简称压丸（豆、籽）法。是用硬而光滑的药物种子或药丸、磁珠等物在耳穴表面贴压并用胶布固定治疗疾病的一种方法。

它是在耳毫针、埋针治疗疾病的基础上产生的一种简易疗法。它弥补了耳毫针、埋针进针疼痛，部分患者不易接受的缺点，可治疗各种疾病，能持续起到刺激作用而且安全无副作用，不会引起感染，适用于各种年龄的患者。

（1）操作方法

①凡是表面光滑、质硬，适合于贴压穴位面积大小，而无副作用的物质均可选作贴压药物。如王不留行籽、莱菔籽、急性子、六神丸、喉症丸、磁珠等。另备用胶布、剪刀、75％酒精、消毒干棉球、耳穴探测仪等，事先将药籽粘贴在0.5×0.8平方厘米的剪好的胶布上备用。

②用耳穴探测仪在耳廓探找阳性反应点，并结合临床辨证分析确定治疗方案，选穴配方。用75％酒精消毒耳廓，将备好的贴有药籽的胶布，对准穴位贴压。并且逐渐在穴位处施加压力，注意刺激强度。对老、幼及敏感者施以轻刺激手法。对急病、痛症、体质较强者可用较强刺激手法。一般贴压后有耳廓发热、发胀、放散感为宜。

③贴压一般2～5天一次，每次每穴按摩3～5分钟或100下，每日按摩2～3次。每5次为一疗程，中间休息1～2天进行下一疗程。

（2）注意事项

①对胶布过敏者要适当注意。夏季多汗，贴压时间不宜过长。

②侧卧时贴压处疼甚，可仰卧休息。

③孕妇宜嘱用轻刺激手法按揉，习惯性流产者应慎用。

④每次贴压穴不宜过多，自行按摩时以按压为主，防止用力过大，以免搓破皮肤造成感染。

5. 耳灸法

是用温热刺激穴位的方法（如用线香熏烤），有疏通血脉，温经散寒的作用。适用于虚寒痹症。

6. 刺血法

是用三棱针、耳毫针或皮内注射针头在耳穴放血的方法。凡痛证、高热抽搐、阳亢头昏目眩均可。刺前先按摩耳廓充血，严格消毒，一般隔日一次。本法具有疏通经络，祛瘀生新，镇静清热、消炎止痛的作用。

7. 耳穴药物注射法

又称水针法，将微量药物注入耳穴，通过注射针对耳穴的刺激及注入药物的药理作用，协同调整机体，促进疾病向愈，达到防治疾病的目的。

8. 耳穴梅花针法

用梅花针或耳毫针点刺耳穴，以疏通经络，调节脏腑功能的治疗法。具有疏通经络，清热解毒，祛瘀生新，调节脏腑功能的作用。

9．割耳敷药法

是在耳穴上用刀片划破皮肤敷药的方法，具有镇静，止痛，止痒，脱敏作用。

10．耳穴贴膏法

是用刺激性药膏贴于耳穴上的一种方法。适用于气管炎，胃痛，头痛，哮喘，腰腿痛，冠心病，高血压等。

11．耳穴综合疗法

是把按摩、针刺、放血、割耳及经络注射结合使用的方法。它是在针灸和经络疗法的基础上发展而来。

12．放射性同位素疗法

将不同的放射性同位素贴敷耳穴的方法。放射性同位素^{32}磷在衰变时释放的放射线具有一定的刺激性，可提高细胞的生理机能，射线作用于耳穴的经络，神经，可达到良好的治疗作用。

13．磁场疗法

将磁场用于耳穴，治疗疾病的一种疗法，简称磁疗。直接或间接贴敷，埋针加磁，或磁电法等，遇有反应，摘下即可。磁疗就是利用磁体产生的磁力线透入机体经穴后起作用。它具有良好的镇静、止痒、催眠、止喘和调整植物神经功能等作用。

14．激光针法（光针）

用激光的热或光能刺激经穴治疗疾病的方法。

激光技术是现代高科技之一，临床上常用于穴位照射治疗的激光器有氦－氖激光器和氩离子激光器等。它们输出单色红光，能量集中，有一定穿透力，可对穴位产生有效刺激，具有激发兴奋作用、消炎止痛、镇静作用，使组织代谢增强，起到疏通经络，通调气血的作用。安全、可靠、无痛苦、适应症广。

15．耳夹法

病人自己用耳夹操作治疗疾病。对巩固疗效，治疗扁桃体炎，结合膜炎，头痛，胃痛效果较好。

16．耳穴按摩法

是在耳穴上用双手指尖按摩的方法。有按、摩、揉、搓、捏、点、掐等方法。

17．全息诊疗仪诊治法

不但可进行穴位的探测诊断，同时亦可在选定的穴位上进行可调的脉冲，自动按摩等刺激治疗。

五、耳全息治疗常见病症选穴及方法

1．内科病

病　名	主　穴	随症加减配穴	方　法
伤风感冒	肺、内鼻、大肠、肾上腺、咽喉	发热耳尖放血；痰多加脾；鼻塞加鼻	针灸、放血
咳嗽	肺、平喘、咽喉、肾上腺	发热、耳尖放血；痰多加脾；肾虚加肾	针灸、放血
胃脘痛	胃、交感、神门、耳中、脾	肝郁加肝；血瘀加心	针灸、放血，割治

续表

病　名	主　　穴	随症加减配穴	方　法
胃下垂	胃、交感、皮质下	脾虚加脾；肝郁加肝；肾虚加肾	针灸、放血，按摩
恶心呕吐	胃、神门、枕、交感	肝郁加肝；腹胀、食滞加脾、三焦	针灸、放血
呃逆	耳中、神门、皮质下、胃	肾虚加肾	针灸、放血
泄泻	大肠、小肠、交感、神门	脾虚加脾；发热耳尖放血	针灸、放血
胸痛	心、交感、胸、相应部位、神门	肝气郁滞加肝、胆	针灸、放血
低血压	屏间切迹下、肾上腺、缘中、交感、心、肾、脾、皮质下		针灸、耳压、按摩法
无脉症	交感、心、肾、神门、肝脾	纳呆加胃	针灸、耳压、按摩法
高血压	交感、神门、耳尖放血、角窝上心	肝旺加脾；肾虚加肾；阳亢耳尖放血	针灸、耳压法、放血
中暑	心、皮质下、肾上腺	发热、耳尖放血	针灸、耳压法、放血
关节炎	相应部位、耳尖、神门	内分泌、肾上腺、皮质下	针灸、耳压法、放血

2. 外科病

病　名	主　　穴	随症加减配穴	方　　法
疖肿	相应部位、枕、肾上腺、神门	发热、耳尖放血；心、肺	针灸、放血、耳压法
痈肿	相应部位、枕、肾上腺	神门、脾	耳压法
乳痈	胸、乳腺、内分泌、肾上腺	肝郁加肝；发热耳尖放血	耳压法
肠痈	大肠、阑尾、肺、交感	发热、耳尖放血、心	耳压法
胆结石	胆、交感、肝、腹	发热、耳尖放血；不寐加神门	耳压法
泌尿系结石	膀胱、肾、交感、神门	痛重加耳尖	耳压法
癃闭	肾、膀胱、交感、外生殖器、三焦、皮质下	肺	耳压法
尿失禁	膀胱、肾、枕、缘中	内分泌、皮质下	耳压法
落枕	颈椎、颈、神门、外生殖器	手麻加相应部位、心肾	耳压法
痔疮	直肠、大肠、皮质下、肾上腺	大便带血加心、脾、肝	耳压法
肛裂	直肠、肺、大肠、脾	肝	耳压法
丹毒	相应部位、肺、肾上腺、内分泌、枕、肾上腺	发热、耳尖放血	针灸、放血、耳压法
扭挫伤	相应部位、皮质下、神门	腰扭伤加肾	针灸、按摩、耳压法
肩痛	肩关节、肩、神门、脾	上举困难加胃；后伸困难加脾	针灸、按摩、耳压法

3. 神经科病

病　名	主　　穴	随症加减配穴	方　　法
头痛	枕、额、神门、缘中	皮质下、肝、肾、心、耳迷根	针灸、耳压法
不寐	神门、枕、皮质下、垂前、心、肾、肝、胃	纳差加脾；心烦易怒加胆	针灸、耳压法

续表

病 名	主 穴	随症加减配穴	方 法
面瘫	面颊、口、眼、鼻	肝、皮质下	针灸、耳压法
面痛	面颊、神门、枕	肝、胃	针灸、耳压法
面肌抽动	面颊、神门、肝、皮质下、太阳	心脾虚加心脾；肾虚加肾	针灸、耳压、割治
胁肋痛	胸、肝、胆、枕、神门	三焦	针灸、耳压法
癫痫	肾、神门、脑、心、皮质下、缘中、脾、肝	纳差、痰多加胃	针灸、耳压法
半身不遂	心、脑、神门	肝、脾、肾、相应部位	针灸、电针、耳压
下肢神经痛	坐骨、神门、枕、肾	胆经加胆；膀胱经加膀胱	针灸、电针、耳压

4．传染病

病 名	主 穴	随症加减配穴	方 法
痄腮	面颊、皮质下、内分泌	发热耳尖放血	针灸、耳压法
水痘	肺、内分泌、肾上腺、枕	神门、相应部位	针灸、耳压法
赤白痢疾	大肠、小肠、交感、肺	发热耳尖放血	针灸、耳压法
肝炎	肝、交感、脾	胆，内分泌，恶心加脾、胃	针灸、耳压法
痞块	肝、脾、胃、内分泌	不寐加神门，水肿加肾	针灸、耳压法

5．皮肤病

病 名	主 穴	随症加减配穴	方 法
风疹	肺、交感、肾上腺、神门、枕	相应部位，肝、胆	针灸、激光、耳压法
缠腰火丹	心、肝、胆、肺、脾、神门、交感、内分泌	相应部位，痛加三焦	针灸、放血、耳压法
银屑病	耳尖、心、肺	相应部位，痛加三焦	针灸、割治、耳压法
湿疹	肺、肾上腺、脾、神门、枕	相应部位、内分泌	针灸、割治、耳压法
皮肤瘙痒症	神门、肾上腺、心、肝、枕、肺	相应部位，内分泌	针灸、割治、耳压法
顽癣	神门、肾上腺、内分泌	相应部位，耳尖	针灸、割治、耳压法
痤疮	肺、内分泌、面颊（点刺）肾上腺、心	神门	针灸、割治、耳压法
毛囊炎	肺、枕、内分泌、肾上腺	相应部位（点刺）	针灸、耳压
酒渣鼻	外鼻（点刺）、肺、内分泌、肾上腺		针灸、耳压
荨麻疹	神门、肺、枕、内分泌、肾上腺		针灸、耳压

6．妇科病

病 名	主 穴	随症加减配穴	方 法
痛经	内生殖器、内分泌、交感	经后痛加肝、脾；经前痛加肾	针灸、耳压法
产后腹痛	内生殖器、交感、神门	体虚加脾；肾虚加肾	针灸、耳压法

续表

病名	主穴	随症加减配穴	方法
月经不调	内生殖器、内分泌、卵巢、肾	脾虚加脾；肾虚加肾	针灸、耳压法
带下	内生殖器、内分泌、卵巢、脾	白带加脾；黄赤带加心、脾	针灸、耳压法
闭经	内生殖器、内分泌、肝、肾、皮质下	血虚加脾、心	针灸、耳压法
崩漏	内生殖器、内分泌、肝、脾、脑点	肾虚加肾；失眠加神门、心	针灸、耳压法
子宫下垂	内生殖器、皮质下、肝、肾、交感	脾、胃	针灸、耳压法
乳汁不足	内分泌、三焦	气滞加肝；脾虚加脾、胃	针灸、耳压法
妊娠呕吐	神门、交感、内生殖器	恶心加脾、肝；纳差加胃	针灸、耳压、按摩法
阴部瘙痒	外生殖器（点刺）、肺、神门、枕	内分泌、肾上腺	针灸、耳压法
产后宫缩痛	内生殖器、交感、皮质下、脾		针灸、耳压法
附件炎	皮质下、内分泌、神门、内生殖器		针灸、耳压法

7. 小儿科病

病名	主穴	随症加减配穴	方法
遗尿	肾、膀胱、缘中、三焦、尿道	脾虚加脾	针灸、耳压法
泄泻	大肠、小肠、脾	久泄加肾；急泄加胃、三焦	针灸、耳压法
积滞	肝、胃、三焦、膈	泄泻加大肠；久泄加肾	针灸、耳压法
惊风	肝、胆、脾、胃、脑	神门、皮质下	针灸、放血、耳压法
流涎症	口、舌、脾、肾上腺	痴呆加肾、缘中	针灸、按摩、耳压法
便秘	大肠、脾	纳差加胃	针灸、按摩、耳压法
夜盲	肝、肾、目$_1$、目$_2$	脾虚加脾；纳差加胃；不寐加神门	针灸、耳压法
痫症	缘中、肝、脾	不寐加神门；心悸加心；纳差加胃	针灸、耳压法

8. 五官科病

病名	主穴	随症加减配穴	方法
外耳道疖肿	肾、内耳、外耳、内分泌	发热耳尖放血	针灸、放血、耳压法
外耳道化脓	肾、内耳、外耳、内分泌	发热耳尖放血	针灸、放血、耳压法
耳鸣、耳聋	肾、肾上腺、肝、三焦	皮质下、内分泌、外耳、内耳	针灸、耳压法
单纯性鼻炎	内鼻、肾上腺、额、肺、内分泌		针灸、耳压法
鼻渊	内鼻、肺、肾上腺、神门	头痛加额；黄涕加脾、内分泌	针灸、耳压法
鼻出血	内鼻、肺、肾上腺、神门	出血量多加肝、脾	针灸、耳压法
中耳炎	肾、内耳、内分泌、枕、外耳		针灸、耳压法
乳娥	扁桃体、咽喉	耳尖放血	针灸、放血、耳压法
声音嘶哑	咽喉、心、肺、神门、内分泌	脾、肾	针灸、耳压法

续表

病名	主穴	随症加减配穴	方法
口疮	口、舌、神门、心、脾	肾虚加肾；肝火旺加肝、胆	针灸、耳压法
牙痛	牙、神门、口、颌	上牙加胃；下牙加大肠	针灸、吹耳、塞耳法
内耳眩晕症	内耳、神门、皮质下、肾、枕、缘中、肝	恶心加心、胆、脾、胃、皮质下	针灸、耳压法

第五节　耳全息治疗常见病证

感　冒

感冒是常见的外感疾病，四时均可发生。尤以冬、春两季气候骤变时为多。

【病因病机】

本病的发生，主要由于体虚抗病能力减弱，当气候剧烈变化，人体卫外功能不能适应时，于是邪气由皮毛、口鼻而入，即“邪之所凑，其气必虚”“温邪上受，首先犯肺”而引起一系列肺经症状。由于外邪有偏寒、偏热和人体反应的差异，因此，偏于寒则寒邪束表，肺气不宣，阳气郁阻，毛窍郁塞；偏于热则热邪灼肺，腠理疏泄，肺失清肃。

【辨证分型】

1. 风寒型：头痛，四肢酸楚，鼻塞流涕，恶寒重，发热轻，无汗，咽痒咳嗽，咯稀痰，脉浮紧，舌苔薄白。

2. 风热型：发热重，恶寒轻，头痛汗出，咳嗽痰稠，咽痛口渴，鼻干咽痛，脉浮数，舌苔薄微黄。

【耳全息诊断】

电测肺、咽喉、内鼻、气管均是阳性反应，多提示感冒。

【辨证施治】

1. 治疗原则

风寒型：治以散风解表。风热型：治以清热宣肺。

2. 取穴

（1）主穴：肺、内鼻、肾上腺、咽喉。

（2）配穴：全身酸痛加刺相应部位；头痛加刺太阳、额；咳嗽加刺气管、支气管；咽痛加刺咽喉；发热耳尖放血；流清涕、流泪加刺风溪。

取穴依据

肺：具有宣肺解表之功，又通气于鼻，故为治疗感冒主穴。

肾上腺：具有消炎抗过敏的作用。与肺穴合用治流清涕、流眼泪效果显著。

内鼻、咽喉：相应部位取穴。

耳尖：放血可达清肺透热之功。

3. 治疗方法：

毫针法或耳穴贴压药籽法。每日1次，每次选3～5穴。

咳　　嗽

咳嗽是肺系疾患的主要症状。其发病原因分为外感咳嗽和内伤咳嗽两大类。外感咳嗽是由外邪侵袭而引发；内伤咳嗽则为脏腑功能失调所致。

咳嗽常见于上呼吸道感染，支气管炎、支气管扩张、肺结核等疾病。

【病因病机】

本症之发生，其原因有二个：一为外感风寒、风热或燥热之邪，从口、鼻、皮毛而入。肺主皮毛，开窍于鼻，肺卫受邪，于是肺气壅遏不宣，清肃失常。二为它脏病变，累及肺脏而致咳嗽者，如脾虚生湿，湿聚成痰，上渍于肺，肺气不得宣发；或因肺气郁滞，久而化火，火盛烁肺，肺失清肃，均可导致咳嗽。

【辨症分型】

1．外感咳嗽

（1）风寒：咳嗽喉痒，痰稀色白，鼻流清涕，遇冷发作，头痛发热，形寒无汗，脉浮紧，舌苔薄白。

（2）风热：咳嗽咯痰色黄，身热头痛，口渴喜冷饮，口干咽痛，小便黄，脉浮数，舌苔薄黄。

2．内伤咳嗽

（1）痰湿侵肺：咳吐粘痰，胸脘痞闷或伴有恶心，胃纳减少，舌苔白腻，脉象濡滑。

（2）肝火烁肺：咳嗽胸胁引痛，气逆作咳，面赤咽干，痰少而稠，苔黄少津，脉弦数。

【耳全息诊断】

现将临床最常见的急慢性气管炎作一简述：

1．望诊

急性气管炎在气管穴呈点状、片状或丘疹样红润；扁桃体穴有数个环状红晕。

慢性气管炎在气管穴呈点状或丘疹样白色，边缘红晕或暗红，界限不清，时有光泽。亦可见片状隆起，色白；扁桃体穴呈数个白色或灰白色小点，边缘暗红且不清楚；大肠穴呈片状白色或灰白，时有光泽。

2．触诊

气管穴有明显压痛，部分病例用探棒可触及条索，且有明显触痛；肺穴压痛；大肠穴、扁桃体穴有时也会出现压痛。

【辨证施治】

1．治疗原则

风寒：治以解表散寒、宣肺止咳。

风热：治以清热解表、宣肺止咳。

痰湿侵肺：治以健脾利湿，化痰止咳。

肝火烁肺：治以清肺泻火、润肺止咳。

2．取穴

主穴：肺、气管、咽喉、肾上腺、神门、交感、扁桃体、大肠。痰多加内分泌；气虚加脾、胃穴；阴虚加刺肾、心。

取穴依据：

肺、气管、咽喉：相应部位取穴，解表散寒，宣肺止咳，为治疗咳嗽主穴。

神门、肾上腺：清热解表消炎，抗过敏，增强机体免疫力。

交感：缓解支气管平滑肌痉挛。

大肠：肺与大肠相表里，清肺止咳。

3．治疗方法：

毫针法或耳穴贴压药籽法，隔日一次，每次选3～5穴。

胃 脘 痛

胃脘痛也称胃痛，是指上腹心窝处及其附近部位的疼痛。本证常见于急、慢性胃炎，胃或十二指肠溃疡及胃神经官能症等。

【病因病机】

寒邪犯胃，或过食生冷，肥甘厚味，食滞不化，湿热内郁；素体脾胃虚弱，或劳倦过度，或久病脾胃损伤，致中焦虚寒；忧思恼怒，气郁伤肝，肝气横逆犯胃，气机阻塞致胃脘痛。

【辨证分型】

1．寒邪犯胃：胃疼暴作，畏寒喜暖，得热痛减，口不渴，喜热饮，苔白，脉弦紧。

2．饮食积滞：胃脘胀满而痛，嗳腐吞酸，呕吐不消化食物，吐后痛减，苔厚腻，脉滑。

3．肝气犯胃：胃脘胀痛，痛引两胁，嗳气频繁，大便不爽，每因情志因素而作痛，苔薄白，脉弦。

4．脾胃虚寒：胃痛隐隐，泛吐清水，喜暖喜按，纳少便溏，舌质淡，脉软弱。

【耳全息诊断】

1．望诊

（1）急性胃炎：

胃穴呈点状或片状红晕，有光泽；脾穴呈片状或血管网状怒张，有光泽。

（2）慢性胃炎：

胃穴呈点、片状色白隆起，若以拇、食指拉耳廓，中指在耳背胃穴向前顶起时，片状色白隆起明显，多提示浅表性胃炎。胃穴外上方呈类似绿豆大小色白隆起或伴有片状红晕，多为慢性胃窦炎。胃穴平坦、色白，并在色白处见片状不规则红晕，多为萎缩性胃炎。胃穴见片状白色隆起，皮肤增粗，边缘不整齐，多为肥厚性胃炎。

（3）慢性胃炎急性发作：

胃穴呈点、片状白色或丘疹状白色，边缘均呈充血状或红晕，也可见暗红色。脾穴呈片状增厚或大小不等的点状红晕，均有光泽。

2．触诊

胃穴压痛（++）～（+++）；浅表性胃炎、胃窦炎、肥厚性胃炎在胃穴触及片状隆起或条索；脾穴有明显压痛，部分患者亦可能及片状增厚。

【辨证施治】

1．治疗原则：

（1）寒邪犯胃：治以散寒止痛。

（2）饮食积滞：治以消食导滞。

（3）肝气犯胃：治以疏肝和胃。

（4）脾胃虚寒：治以补脾健胃。

2．取穴

（1）主穴：胃、脾、皮质下、神门。

（2）配穴：浅表性胃炎、胃窦炎取交感、肝、十二指肠；萎缩性胃炎取内分泌、胰胆；胃、十二指肠溃疡取十二指肠，交感；急性胃肠炎取大肠，小肠，交感。

寒邪犯胃取交感，解疼止痛；饮食积滞取内分泌、胰胆，促进消化液分泌；肝气犯胃取肝、三焦，理气消胀；脾胃虚寒取内分泌，肾，口，补脾健胃。

取穴依据：

胃、脾：健脾和胃，降逆止痛。

肝：疏肝和胃。胃、脾、肝为理气要穴。

交感：调节大脑皮质功能和植物神经功能，解痉止痛。

皮质下：调节胃肠功能。交感、皮质下二穴对内脏有较好的镇痛和解痉作用。

神门：镇静止痛。

胰胆、内分泌：促进消化液分泌，加强吸收功能。

3．治疗方法：

可用毫针法、电耳针、耳穴贴压药籽法、灸法。每日或隔日 1 次，每次选 3～5 穴；耳穴压籽法可隔 2、3 天 1 次，左、右耳轮换。

便　　秘

便秘指大便秘结不通，排便时间延长，或虽有便意而排便困难。

【病因病机】

过食辛辣厚味，胃肠积热，津液耗伤；情志影响，气机郁滞，劳倦内伤，年老体弱，气血不足均可导致大肠传导功能失常，引起便秘。一般分为虚、实二类。

【辨证分型】

1．实证：大便干结，小便短赤，口干口臭，舌红苔黄，脉滑数，或欲便不得，脘腹痞满，腹中胀痛，苔黄腻，脉弦。

2．虚证：腹无胀痛，但小腹不舒，有便意而努责乏力，神疲肢倦，舌淡白，脉沉迟。

【耳全息诊断】

1．望诊

大肠、直肠穴皮肤隆起，可见白色丘疹。大肠穴呈片状白色或暗灰白色隆起，均无光泽。大部分患者呈糠皮粉末状脱屑。直肠穴呈点状白色，边缘暗红。脾穴为片状白色。内分泌呈点状白色。

2．触诊

大、小肠穴压痛（卅），大肠穴可触及条索或片状增厚，直肠下段穴常有压痛（+）。触诊大肠，直肠穴有结节样改变。

【辨证施治】

1. 治疗原则：

（1）实证：治以清热润肠，顺气导滞。

（2）虚证：治以温阳通便。

2. 取穴：

（1）主穴：大肠、脾、腹、三焦、皮质下。

（2）配穴：肺、结肠、内分泌。

取穴依据：

大肠、腹：相应部位取穴，增加肠蠕动，疏通肠腑，理气导滞。

脾、三焦：化气输精，促进运化功能。

肺、结肠、内分泌：增加大肠疏导糟粕功能。

皮质下：调节胃肠功能。

3. 治疗方法：

毫针法，留针1～2小时，中间捻针2、3次，耳穴压籽法每隔2～3天换1次。

泄　　泻

泄泻亦称腹泻，是指大便稀薄或呈水泻而次数增多，病因不外内伤、外感。临床上分急性泄泻和慢性泄泻。本证乃指急、慢性肠炎，消化不良，过敏性结肠炎以及肠结核等。

【病因病机】

1. 急性泄泻：多因进食生冷不洁之物，或兼受寒湿暑热之邪，客于肠胃，邪滞交阻，气机不和，胃肠运化和传导功能失常，以致清浊不分而成泄泻。病程在二个月之内。

2. 慢性泄泻：脾胃素弱，或久病气虚，中焦健运衰退，食物难以消磨。或因肾阳不振，命门火衰，不能熟腐水谷，亦可导致泄泻。腹泻持续或反复发作超过二个月称为慢性泄泻。

【辨证分型】

1. 急性泄泻：发病较急，便次与数量增多。如偏于寒湿则便质清稀，水谷相杂，肠鸣腹痛，口不渴，身寒喜温，脉迟，舌淡苔白滑；偏于湿热，则所下黄糜热臭，腹痛，肛门灼热，脉濡数，苔黄腻。

2. 慢性泄泻：发病缓或由急性泄泻转变而成，每日便泄次数较少。如脾虚则神疲便溏，喜暖纳呆，苔白脉缓；如脾肾阳虚则腹痛即泻，多在黎明前发作，伴肢冷腰酸，苔白脉沉细。

【耳全息诊断】

1. 望诊

（1）急性泄泻：大、小肠穴呈片状充血或红晕，有光泽。脂溢增多。直肠穴呈点状红晕。

（2）慢性泄泻：大肠穴呈片状凹陷，大、小肠穴呈点、片状暗红或丘疹暗红，脂溢较多。

（3）过敏性泄泻：大、小肠穴呈丘疹状小血点，边缘鲜红或暗红，均有脂溢。风溪穴可见数个小白点或暗红点等。

2. 触诊

（1）急性泄泻：大肠穴平坦或呈片状凹陷，小肠穴呈片状增厚，触痛（+++）。

（2）慢性泄泻：大肠穴呈片状凹陷，触痛+++。直肠穴、胃穴压痛++。

（3）过敏性泄泻：风溪穴压痛（+++），并有压痕反应（+）。少数病人三焦穴压痛（-+）～（+++）。

3．电测诊

急、慢性泄泻大、小肠穴均呈强阳性反应（++）。胃穴、脾穴呈阳性反应。过敏性泄泻风溪穴呈强阳性反应，内分泌穴呈阳性反应。

【辨证施治】

1．治疗原则

急性泄泻以疏调肠胃气机为主。

慢性泄泻以健脾胃与温肾阳为主。

2．取穴

主穴：直肠、大肠、脾、胃、枕、神门。

急性泄泻加耳尖放血、交感、腹、艇中；慢性泄泻加肾、皮质下、内分泌；过敏性泄泻加风溪、内分泌、肾、皮质下。

取穴依据：

直肠、大肠：相应部位取穴，调理肠道运化功能。

脾、胃：健脾养胃。

神门、枕：镇静消炎。

腹、艇中：解痉上痛。

内分泌：消炎作用。

3．治疗方法：

毫针法或耳压法、艾条灸，发热加耳尖放血。

呃　　逆

俗称“打呃”。病人自觉胸膈气逆，抽掣时喉间发出呃忒声，声短而频，难以自忍，甚则妨碍谈话、咀嚼、睡眠。若因腹部手术后而发生呃逆者，则增加创口疼痛，影响愈合。

【病因病机】

呃逆的发生，主要是胃气上逆所致。胃处中焦，上贯胸膈，以通降为顺。若因饮食不节，过食生冷则胃寒，过食辛辣则胃热；或情志郁怒，久则化火动肝，肝气横逆则犯胃；或久病脾阳衰惫，痰浊中阻；或热病胃阳被灼，虚火上炎等，均可导致胃气不降，上逆胸膈，气机逆乱而发为呃逆。

西医认为本症是膈神经受刺激而引起的膈肌不自主的痉挛性收缩。

【辨证分型】

1．实证：胃中寒冷，呃声沉缓，得热则症减，苔薄白润，脉迟缓。胃火上逆，呃声洪亮，口臭烦渴，喜冷饮，小便短赤，大便秘结，苔黄，脉滑数。

2．虚证：脾胃阳虚，呃声低沉无力，气不得续，食少困怠，舌淡苔白，脉细弱无力。胃阴不足，呃声急促不连续，口干舌燥，舌红而干，有裂纹，脉细数。

【耳全息诊断】

1．触诊：呃逆在耳中穴或耳迷根穴压痛明显（卄～卅）。

2．电测诊：呃逆在耳中穴、神门穴呈强阳性反应（卄）。

【辨证施治】

1．治疗原则

（1）实证治以温中祛寒；或泄热通腑上呃。

（2）虚证治以温补脾胃，或生津养胃止呃。

2．取穴

（1）主穴：耳中、耳迷根、神门。

（2）配穴：实证加刺交感、皮质下、胃；虚证加胃、脾；便秘加大肠穴。

取穴依据：

耳中：可解除膈肌之痉挛，止呃要穴。

耳迷根、神门：镇静止呃。

皮质下、交感：调节大脑皮层及植物神经的功能，调节胃肠功能。

胃：降气逆、止呃。

大肠：调理胃肠运化功能。

3．治疗方法：耳毫针、电针适用于实证。顽固者用耳揿针。虚寒型施灸法。耳压法可用于任何类型。也可与体穴相配合治疗。

胆囊炎、胆道感染

胆囊炎、胆道感染是临床常见病症之一。常见于上腹部或剑突下疼痛、压痛，且向右肩放射，可伴有厌油、恶心、呕吐、口苦、纳呆等消化道症状。

【病因病机】

中医认为本病因情志不畅，寒温不适、饮食不节而造成肝胆气滞、湿热壅盛。根据不同阶段分为气滞型、温热型、脓毒型。气滞型相当单纯性胆囊炎或胆石症，后二种相当化脓性胆囊炎。

【辨证分型】

1．气滞型：右上腹有轻度或短暂的隐钝痛，常有口苦咽干，不思饮食，无明显寒热，无黄疸或有轻度黄疸、尿清长或微黄、舌苔薄或微黄，脉弦紧。此型相当于无明显感染的肝内、外胆管结石、慢性胆管炎、胆囊炎、胆囊结石。

2．湿热型：起病急，有持续绞痛，阵发性加剧，压痛，腹肌紧张，伴有口苦咽干，心烦呕吐、寒热往来，时有自身发黄，尿少色黄，便秘、舌质红、苔黄腻，脉弦滑或滑数。此型相当于内、外胆管结石引起的梗阻、感染和急性胆囊炎。

3．脓毒型：持续性上腹痛、压痛，腹肌紧张，反跳痛明显，伴有寒战、高热、神志淡漠，甚至昏迷、谵语，全身晦黄或有出血现象，尿色如茶而量少，大便燥结，舌质绛红，舌干枯或无苔，脉弦数或沉细。此型相当于胆石症并发急性梗阻性化脓性胆管炎，或胆囊积脓、胆囊梗阻、胆汁性或化脓性腹膜炎。

急性胆囊炎和胆结石症多发于青壮年，女性多于男性。

查体：右上腹有压痛，深吸气时胆囊有明显触痛。若胆囊积脓则可有明显肌紧张及反

跳痛。

【实验室检查】白细胞数升高，尿胆红质阳性，黄疸指数均超过正常值。病程长，肝功能也可受损。

X 光摄片及超声波检查：可观察胆囊的收缩功能及胆石的存在，对诊断有所帮助。

【耳全息诊断】

1．望诊：急性胆囊炎在胰胆穴和其相对应的耳背呈点、片状充血或红晕，有光泽。十二指肠穴呈片状红晕。慢性胆囊炎在胰胆穴呈白色片状或条片状隆起。胆结石在耳背胰胆穴皮肤色泽红晕，纹理粗糙，可见一至数个小丘疹，耳穴胰胆穴片状色白隆起。并可见耳背胰胆穴小米粒大小之圆形结节。

2．触诊：急性胆囊炎胰胆穴压痛明显（卄）～（卅）。慢性胆囊炎胰胆穴片状隆起质硬，并可触及条索压痛（+），条索与对耳轮平行，可呈大米粒状改变。胆结石在胰胆穴可触及条索，耳背胆区可触及小圆形结节。

3．电测诊：急性胆囊炎在肝穴、胰胆穴呈阳性反应（+）。慢性胆囊炎在胰胆穴呈阳性反应或强阳性反应（十）～（卄），肝穴呈弱阳性反应（±），胆结石在胰胆穴及耳背胆区呈阳性或强阳性反应。

【辨证施治】

1．治疗原则：清胆行气，通络止痛，解郁排石。

2．取穴：

（1）主穴：胆、交感、内分泌、神门、肝。

（2）配穴：气郁型加三焦穴；湿热型清胆利湿加脾、心、肺穴；脓毒型清热解毒、散血化瘀加心、肺；发热耳尖（放血）；恶心呕吐加胃穴；不寐加神门穴。

取穴依据：

胆：为相应部位取穴，有消炎和增强胆囊收缩功能。

肝：疏肝解郁，利胆止痛。

神门：消炎止痛。

交感：缓解内脏平滑肌痉挛、止痛。

内分泌：改善内分泌功能，促进肝、胆功能恢复。

3．治疗方法：排石用毫针、电针，重刺激。电针可通电 20～45 分钟，每日 1 次，3～5 次为一疗程，并可配合脂餐。慢性胆囊炎可用耳穴贴压药籽法，2～3 日换一次。急性胆囊炎用电针或耳穴贴压药籽法。电针每日一次，每次 30 分钟，每 10 次为一疗程。二疗程间休息 3～5 天。

头　　痛

头痛是临床常见的一种自觉症状。常见于各种急慢性疾病。头痛分为机能性与器质性二类。机能性头痛如神经衰弱的头痛、月经期头痛；器质性头痛一般系炎症，肿瘤压迫等。

【病因病机】

头为“诸阳之会”，“清阳之府”，又为髓海所在。凡五脏精华之血，六腑清阳之气，皆上注于头。故六淫之邪外袭，上犯巅顶，邪气稽留，阻抑清阳；或内伤诸疾，导致气血

逆乱，痰阻经络，脑失所养，均可发生头痛。

【辨证分型】

1. 风袭经络

痛时阵作，痛有定处，如锥如刺，甚则头皮肿起成块。

2. 肝阳上扰

头痛目眩，尤以头之两侧为重，心烦易怒，面赤口苦，脉弦而数，舌红苔黄。

3. 气血不足

痛势绵绵，头目昏重，神疲无力，面色无华，心悸气短，脉细弱，苔薄白。

六经皆循行于头的不同部位。在前额、面部属阳明经循行，头颞部属少阳经循行，头后枕部属太阳经循行。所以头痛亦有阳明头痛、少阳头痛、太阳头痛之分。

【耳全息诊断】

耳全息诊断头痛，主要是分辨头痛的部位。

1. 望诊

(1) 前头痛：额穴呈点状或片状红晕或点白边缘红晕。病程长，症状反复发作，额穴可见圆形隆起。

(2) 偏头痛：颞穴呈点片状红晕，或点状白色，边缘红晕，也可见不规则片状隆起。

(3) 后头痛：枕穴呈点、片状红晕或呈中心为白色而边缘红晕有光泽。

2. 触诊

(1) 前头痛：额穴可触及圆形结节或条索，压痛（卄）。

(2) 偏头痛：颞穴可呈不规则片状隆起或条索，压痛（卄）。

(3) 后头痛：枕穴可触及条索，圆形结节，片状增厚，质软。

3. 电测诊

根据头痛的部位，在耳穴望诊阳性反应的穴位上，均呈现强阳性（卄）；皮质下穴，神门穴也是阳性反应（+）。

【辨证施治】

1. 治疗原则

(1) 风袭经络型：祛风通络止痛。

(2) 肝阳上扰型：平肝潜阳，通络止痛。

(3) 气血不足型：补益气血，升举清阳。

2. 取穴：

(1) 主穴：神门、皮质下、缘中。

(2) 配穴：前头痛加额、胃；偏头痛加颞、胆、交感；后头痛加枕、膀胱；全头痛加颞、额、枕、外耳；肝阳头痛加肝、胰胆；气血不足加脾、肾、内分泌；瘀血头痛加交感、肾上腺、肝阳。

取穴依据：

神门、皮质下、缘中：镇静止痛，调节大脑皮层功能，额、颞、枕属循部位（经络分布）取穴。

3. 治疗方法

毫针法、耳穴贴压法均可，每日1次或隔日1次，双耳交替使用。毫针法可强刺激，

留针 20～30 分钟，间隔 5 分钟捻针一次。或埋针 3～7 天。顽固性头痛，可取耳背静脉放血。

呕　　吐

呕吐是临床上常见的证候，可见于多种疾病。有声无物为呕，有物无声为吐，因两者常同时出现，故称“呕吐”。呕吐常见于急慢性胃炎、胃扩张、贲门痉挛、幽门痉挛、胃神经官能症及其他多种急慢性疾病所引起。

【病因病机】

胃乃仓廪之官，主受纳腐熟水谷，以和降为顺，凡外感内伤之邪侵犯胃腑，和降失常，即可引起呕吐。

饮食所伤：饮食不节，食积不化，胃气不降而成呕吐。

痰饮内扰：脾胃虚弱，运化失常，津液不能四布，酿成痰饮，积于中脘发为呕吐。

肝气犯胃：抑郁暴怒，肝气横逆犯胃，饮食随气上逆而发为呕吐。

感受外邪：外邪循阳明内犯胃腑，致通降失职而为呕吐。

【辨证分型】

1．伤食呕吐：呕吐多为未消化食物，吐后轻快，嗳气食臭，脘腹胀满、疼痛、舌苔黄腻、脉滑实。

2．痰饮呕吐：面色无华，胸脘痞闷，呕吐物痰涎多，吐后喜热饮，伴心悸、头晕，舌淡苔白，脉滑或濡。

3．肝气呕吐：呕吐多在食后精神受刺激时发作，吐尽为快，常伴多烦善怒，脘胁胀痛无定处、恶心、干呕、泛酸，舌苔薄白，脉弦。

4．外感呕吐：多见于伤寒、温病。偏寒则呕吐暴急，吐为清水稀涎，伴恶寒发热，头痛、苔白、脉浮。偏热则呕吐频频，食而即吐，口渴、头痛发热，舌红脉数。

【辨证施治】

1．治疗原则

伤食呕吐：治则行气导滞。

痰饮呕吐：治则温化痰饮。

肝气呕吐：治则疏肝和胃。

外感呕吐：治则解表和中。

2．取穴

主穴：胃、肝、神门、脾。

配穴：枕、皮质下、贲门、交感。

取穴依据：

胃、肝：疏肝理气，和胃降逆。

神门：镇静止呕。

脾：健脾祛湿，降逆止呕。

3．治疗方法

一般每日一次，3～5 次为一疗程，刺激初时稍轻，对重症患者，毫针法可每天 2～3 次。

眩　　晕

眩晕是病人自觉头昏眼花。眩是眼花，晕是头晕，二者常同时并见，故称眩晕。轻者闭目即止；重者如坐车船，旋转不定，不能站立，或伴恶心、呕吐、汗出，甚则昏倒。

本证可见于高血压、动脉硬化、内耳性眩晕、神经衰弱，贫血等。

【病因病机】

眩晕的发生可由于长期忧郁恼怒，气郁化火。肝阳耗损，风阳升动，肾阴亏损，不能养肝，致肝阳上亢；或因肝胃虚弱，不能健运水谷以生气血；或因先天不足，老年肾亏，肾精亏耗，脑髓不足；或脾失健运，水谷不化精微，聚湿生痰，致清阳不升，浊阴不降而导致眩晕。

【辨证分型】

1．虚证：头晕目弦，但视物无旋转翻覆之感，劳累后加重或复发，面色少华，神疲心悸，少寐腰酸，时有耳鸣，舌淡脉细。

2．实证：阵发性眩晕，视物旋转翻覆，头重如裹，胀痛，心烦易怒，胸胁胀闷，恶心，呕吐痰涎，舌红苔厚腻，脉弦或滑数。

【耳全息诊断】

1．望诊：缘中穴区呈条片状凹陷，并见充血红润。

2．触诊：缘中穴区凹陷，枕穴可触及水肿感。

3．电测诊：缘中穴区强阳性反应（卄）。

【辨证施治】

1．治疗原则

虚证：补益气血。

实证：平肝潜阳、和胃化痰。

2．取穴

主穴：肝、缘中、枕、心。

配穴：气血两虚加脾、心、皮质下、内分泌；痰浊中阻加脾、胃、额；血压偏高加刺耳背沟放血；肝阳上亢（包括内耳眩晕症）加耳尖放血，取内耳、外耳、三焦、肾。

取穴依据：

肝：平肝熄风。

缘中、枕：止晕要穴。

心：养心安神，主血脉有利眠降压之功。

耳尖放血：镇静、清脑明目。

3．治疗方法：

毫针法、耳穴贴压药籽法：用平补、平泻手法，每次选3～5穴，10次为一疗程。

心　律　失　常

由于各种原因使心脏的心律起源部位，心搏频率与节律，以及冲动传导等任何一个过程发生失常，即称之为心律失常。频率失常是指心动次数比正常增加（心动过速）或减少（心动过缓）；节律失常指心动秩序的改变（心律不齐）。心律失常可发生于心脏的器质性

病变，也可为单纯的功能障碍。

本病属于中医的惊悸和怔忡等病证。并有心血不足、阴虚火旺、水饮内停使心阳不振和痰热上扰等辨证分型。

【耳全息诊断】

1. 望诊

(1) 心律不齐：

心穴呈龟裂样者多为心律不齐，发作时多呈暗红色。若呈丘疹或点状凹陷龟裂呈"米"字或半个"米"字排列者，为房室传导阻滞。

(2) 心动过速：

心穴呈点状白色或环形皱折似指纹状，均有光泽，一般无颜色改变。

(3) 心动过缓：

心穴正常生理凹陷消失，心穴区平坦或微膨隆。心穴呈皱折圆圈，中心有光泽，少数中心白色，但皱折较稀疏，且在环形的中心有数个纵折。

2. 触诊

除心穴在触诊时压痛（++）~（+++）外，各种类型心律不齐的触诊反应如下：

(1) 心动过速：

在心穴下$\frac{1}{4}$处可触及呈水平方向的条索或条片状隆起。

(2) 心动过缓：

心区不平坦或触及片状隆起，质稍硬。

(3) 室性早搏及房性早搏：

按压心穴呈凹陷性水肿，心穴外界限清楚。

3. 电测诊

心穴、皮质下穴呈强阳性反应、屏尖穴周围、小肠、胸穴呈阳性反应。

(1) 心动过速：

心穴、皮质下穴呈强阳性反应（++）。屏尖穴周围、小肠、胸穴呈阳性反应（+）。

(2) 心动过缓：

心穴呈阳性反应（+）。

(3) 室性早搏及房性早搏：

心穴、皮质下穴呈强阳性反应（++）。

【辨证施治】

1. 治疗原则

虚证治宜养血安神。

实证因血瘀所致当活血化瘀；因热所致当清热化痰。

2. 取穴

主穴：心、皮质下。

心动过速取神门、胸、枕；心动过缓取肾上腺、交感、内分泌；室性早搏及房性早搏取小肠、神门、枕。

取穴依据

心：宁心安神、改善心功能。

皮质下：调节心血管舒缩功能。

神门：镇静安神。

肾上腺：调整心率。

3. 治疗方法

可用毫针法、电耳针、耳穴压籽法。每日一次或隔日一次，每次选3～5穴。对心动过速、心律不齐的病人手法要适当重些，每5分钟捻针一次，每次捻转1～2分钟，每次留针20分钟，10次为一疗程。

高 血 压

高血压是指动脉血压过高。凡舒张压超过90mmHg（12kPa），收缩压在40岁以前超过140mmHg（18. 7kPa），40岁以后超过其年龄加100mmHg（13. 3kPa）的数值者均称为高血压。

一般高血压以舒张压衡量。舒张压在90～110mmHg（12～14. 7kPa）为轻、中度高血压，舒张压在110mmHg（14. 7kPa）以上时为重度高血压。舒张压升高时，收缩压也随之升高。也有些疾病（如主动脉瓣关闭不全、主动脉粥样硬化等）由于心输出量增加或主动脉壁弹性降低，其收缩压可以升高，但舒张压正常或反而降低。根据发病机理，可将高血压分为原发性高血压（高血压病）和继发性高血压（症状性高血压）二大类。

中医认为本病的主要原因常与情志失调、饮食不节、内伤虚损等因素有关。根据高血压的临床表现有头痛、眩晕、头昏、心悸、眼花、失眠、手指麻木等，可归属于中医的眩晕、头痛等范畴。祖国医学认为本病早期多为“肝”阳偏盛，中期多属肝肾阴虚，晚期多属阴阳两虚。

【耳全息诊断】

1. 望诊

心穴呈皱折环状反应，有光泽；缘中、皮质下呈点状红晕或点状白色，一般有光泽，边缘清楚；肾上腺穴呈点状红晕或点白边缘红晕；枕穴、额穴多呈点、片状红晕或暗红色反应；耳背沟上$^1/_3$处有边缘红晕，点状白色血管怒张者，收缩压多在200mmHg（26.7kPa）左右；中$^1/_3$有上述反应时，收缩压多在150mmHg（20kPa）左右。大多数患者由于肝阳上亢的关系，肝穴可呈片状隆起，界限不清。屏间切迹可见片状隆起。

2. 触诊

耳背沟、角窝上、肾上腺穴压痛明显；肝穴呈片状隆起，质地较硬，界限不清；枕、额穴可触及条索状物，伴有压痛。

3. 电测诊

如果舒张压偏高，脉压小的病人则角窝上，屏间切迹下呈强阳性反应（卄）。若在角窝上为强阳性反应（卄），屏间切迹下为阴性反应（－），并在角窝上触及条索，多提示动脉硬化性高血压，血压波动在180～200/100～110mmHg（24～26.7/13.3～14.7kPa）；若角窝上为强阳性反应（卄），屏间切迹下为弱阳性反应（±），多提示高血压，血压波动在160～180/90～110mmHg（21.3～24/12～13.3kPa）；若角窝上为强阳性反应，屏间切迹下为阳性反应（＋），多提示血压偏高，血压波动在140～160/90mmHg（18.7～21.3/12kPa）。耳背沟、心穴呈强阳性反应（卄），枕穴，额穴、神门穴呈阳性反应（＋）。

【辨证施治】

1．取穴

主穴：耳尖或耳背沟放血，角窝上、降压点、心、神门、内分泌、肝。

配穴：皮质下、枕、肾、缘中。

取穴依据

耳尖或耳背沟放血：清脑明目，镇静降压。

角窝上：降压。

心、肝：宁心安神，平肝潜阳。

2．治疗方法

耳尖或耳背沟放血效果较明显。放血前先把耳朵局部按摩充血发热后再放血，耳背沟可放血3～5滴。另外磁珠耳穴贴敷法效果也很明显，也可用电针、激光、毫针法。用平补平泻手法，留针时间长，效果好。顽固者可用数种方法配合应用。视所选刺激方法的不同，可1～2日或每周治疗一次，每次选用4～5穴。每10次一疗程，休息一周后可继续治疗。

低 血 压

血压的正常变异范围很大，不能以一个数值代表不同年龄、性别、体质的正常血压。一般认为成年人肱动脉血压低于90～60mmHg（12/8kPa）为低血压。

低血压可分为急性低血压与慢性低血压两大类。

急性低血压

指血压由正常或较高水平突然明显下降。其主要表现为晕厥与休克二大临床综合征。

慢性低血压

伴有症状者，常见于体质性低血压，体位性低血压、内分泌功能紊乱所致的低血压、慢性消耗性疾病及营养不良所致的低血压、心血管疾病所致的低血压等。

中医辨证本症多属气血双亏。

【耳全息诊断】

1．望诊

耳背沟下$\frac{1}{3}$有点状白色或边缘红晕，枕、额穴呈点状白色边缘红晕，心穴为环状皱折，有光泽。

2．触诊

屏间切迹下、枕穴、额穴有明显压痛（+++）。耳背沟下$\frac{1}{3}$处压痛（++）。枕、额穴可触及条索状物。

3．电测诊

屏间切迹下处声响强，音调高，呈强阳性反应（++），角窝上呈阴性反应（－），多提示低血压。耳背沟下$\frac{1}{3}$处可呈强阳性反应（++），心、肾上腺、枕、额为阳性反应（＋）。

【辨证施治】

1．取穴

主穴：屏间切迹下、肾上腺、缘中、心。

配穴：肝、枕、额、皮质下。

取穴依据：

屏间切迹下：提高血压。

肾上腺：提高血压，调节血管舒缩功能。

缘中：增强血管收缩功能。

心：改善血液循环。

2．治疗方法：

毫针法、耳穴贴压药籽法、电针法，激光法：每次选穴3～5个，10次为一疗程，疗程间休息5～7天。

冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称冠心病）是指冠状动脉因发生粥样硬化而产生了管腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病。冠心病临床表现以心绞痛、心肌梗塞、心律不齐、心力衰竭、心脏扩大等为主，心电图可有心肌缺血或相应改变。

【病因病机】

冠心病归属中医“胸痹”“真心痛”“厥心痛”等范畴。它的发生与年老体衰、肾气不足；膏粱厚味，损伤脾胃；七情内伤，气滞血瘀；思虑劳倦，伤及心脾等因素有关。因此在冠心病的发病过程中，心、脾、肾是病之本，气滞、血瘀、痰浊、阴寒是病之标。临床上常常虚实互见，表现为本虚标实。

【耳全息诊断】

1．望诊

心穴有各种各样的病理反应。最常见的有环状、海星状、弧状、条段状等血管形态变化。小肠穴呈片状红晕或白色，无光泽。心穴呈红色或暗红色，肾穴呈片状红晕或白色小点，有光泽。耳垂可见斜形耳折征。

2．触诊

触压心穴有水肿样凹陷。心穴、屏尖、小肠穴皆有明显压痛（卌）。心穴皮肤薄，触之易破，可见血液渗出。

3．电测诊

心穴、皮质下、小肠穴均为强阳性反应（卄），肾穴呈阳性反应（+）。

【辨证施治】

1．治疗原则

（1）瘀血型治以活血化瘀。

（2）痰浊型治以通阳化浊。

2．取穴

主穴：心、皮质下、交感、胸。

配穴：小肠、神门、相应部位。

取穴依据：

心：心主血脉，能提高心肌功能以改善心肌缺血、缺氧状态。

皮质下、交感：调节心血管舒缩功能。

胸：局部用穴，宽心利气。

3. 治疗方法

毫针法，耳穴贴压药籽法等，每日或隔日1次，每次选3～5穴；耳穴压籽法也可隔2～3日1次，双耳交替治疗。

神　经　衰　弱

神经衰弱多发于青壮年，它是神经官能症中最常见的一种。由于精神负担过重或长期的思想矛盾，劳逸结合长期处理不当等原因，导致大脑皮层兴奋和抑制功能平衡失调，而出现一系列的临床症状，可涉及全身各系统，如神疲、健忘、失眠多梦，易醒、心悸、头晕、肢冷、易怒、多汗。

【病因病机】

本病多因思虑忧愁，操劳太过，损伤心脾，气血虚弱，心神失养。或因房劳伤肾，肾阴亏耗，阴虚火旺，心肾不交。或因饮食所伤，脾胃不和，湿盛生痰，痰郁生热，痰热上扰心神。或抑郁恼怒，肝火上扰，心神不宁等均可导致此病。

【辨证分型】

1. 心脾两虚型：夜来不易入寐，寐则多梦易醒，心悸、健忘、容易出汗、面色少华、精神疲乏、脘痞、便溏、舌淡、苔白、脉细弱。

2. 心肾不交（阴虚火旺）型：虚烦不寐，或稍寐即醒，手足心热，惊悸出汗，头晕耳鸣，咽干健忘，腰酸，舌质红，脉细数。

3. 胃腑不和型：睡眠不实，脘痞嗳气，心中懊侬，头晕目眩，甚则呕哕痰涎，舌苔黄，脉滑或弦。

4. 肝火上扰型：头晕而痛，不能入眠，多烦易怒，目赤耳鸣，或伴有胁痛，口苦，舌苔薄黄，脉弦数。

【耳全息诊断】

1. 望诊

心穴呈皱折圆圈，中心有光泽，少数中心白色。神门穴呈微小皱折或点状白色或暗红色。枕穴、额穴可呈点、片状红晕或条索状，片状增厚。

2. 触诊

轻轻提拉对耳轮体中部，可见颈、及颈椎穴下缘软骨向下延伸至枕穴区，触之似条片状软骨增厚，质稍硬。

3. 电测诊

心穴、皮质下穴、枕穴、神门穴、垂前穴都呈阳性反应（+）。若垂前穴呈强阳性反应（++），则提示睡眠多梦易醒，醒后难以入睡。若枕穴、颈穴之间呈强阳性反应（++），则提示入睡困难。若垂前穴、枕、颈穴之间皆呈强阳性反应（++），则提示重症神经衰弱。

【辨证施治】

1. 治疗原则

（1）心脾两虚型：补气养血。

（2）心肾不交型：滋阴降火。

（3）胃腑不和型：化痰和胃。

（4）肝火上扰型：平肝降火。

2．取穴

主穴：耳尖放血，神门、心、皮质下、枕、垂前及枕与垂前的耳背对应区。

配穴：心脾两虚型加脾，心肾不交型加肾，胃腑不和型加胃，肝火上扰型加肝、胆。

取穴依据：

耳尖（放血）：镇静清脑明目。

心：宁心安神。

神门、枕：镇静、安神、利眠。

皮质下：调节大脑皮层兴奋和抑制功能。

垂前：利眠要穴，可使睡眠深沉，延长睡眠时间，提高睡眠效果。

3．治疗方法：

（1）毫针法、电针法：隔日1次，每次4～5穴，双耳交替，轻刺激。

（2）耳穴贴压药籽法、埋针法：每周二次，每次3～4穴，单耳双耳均可。

（3）磁疗法：可用500～800高斯磁珠贴敷耳穴，每周1次，每耳贴3～4粒。

（4）耳穴注射法：寻找敏感点，用0.5%～1%奴佛卡因、维生素B_{12}等注射液，每个耳穴注射0.1～0.3毫升，以局部隆起黄豆大小药物肿泡为宜，每次1～3穴，隔日1次，5～10次为一疗程，疗程之间休息一周。

面　　瘫

面瘫，即面神经麻痹，俗称口眼歪斜。任何年龄均可发病。

【病因病机】

本病多由经络空虚，风寒风热之邪，乘虚侵袭面部筋脉，以致气血阻滞，肌肉纵缓不收而成面瘫。

本病分为中枢性和周围性两种。中枢性面瘫是由于脑肿瘤或脑血管病引起的面下部表情肌瘫痪。周围性面瘫主要因为感受风寒或病毒感染而致面神经发炎引起的一侧面部表情肌瘫痪。本处只讨论后者，中枢性面瘫参此治疗。

【辨证分型】

面瘫起病突然，每在睡眠醒来时，发现一侧面部肌肉板滞、麻木、瘫痪、不能作蹙额、皱眉、露齿、鼓颊等动作，口角向健侧歪斜，漱口漏水，进餐时食物常常停滞于病侧齿颊之间，病侧额纹，鼻唇沟消失，眼睑闭合不全，迎风流泪。少数病人初起有耳后，耳下及面部疼痛。严重时还可出现患侧舌前$^2/_3$味觉减退或消失，听觉过敏等症。

风寒证多有面部受凉因素，如迎风睡眠，风扇吹风过久等。

风热证往往继发于感冒发热、中耳炎、牙龈肿痛之后，伴有耳内、乳突轻微作痛。

【耳全息诊断】

1．触诊

面颊穴、口穴、眼穴明显压痛（卅）。胃穴较明显压痛（廾）。

2．电测诊

面颊穴呈强阳性反应（廾）。胃穴、肝穴呈阳性反应（＋）。

【辨证施治】

1．治疗原则

治宜祛风散寒，温通经络。

2．取穴

主穴：面颊、三焦、胃、皮质下、口、眼。

配穴：内分泌、额、肝。

取穴依据

面颊：局部相应部位取穴，疏通面部经脉。

口、眼：调和气血，濡养经筋。

三焦：是面神经、舌咽神经、迷走神经混合支刺激点，为治疗面神经麻痹的主要穴位。

胃：循经取穴，面部是胃经循行所过。

皮质下：调节大脑皮层的功能；加强血液循环，促进机体康复。

3．治疗方法

急性期可用毫针法，要用轻刺激，每次选穴3～5个。几天后改用电针法，每日或隔日一次，用低频脉冲或疏密波刺激较好。基本恢复后可用耳穴贴压药籽法。本病各阶段均可配合艾条灸治疗。

三叉神经痛（面痛）

面痛指面颊抽掣疼痛而言。本病多发于一侧，亦有少数两侧俱痛者。发病年龄以40～60岁为多。初起每次疼痛时间较短，发作间隔时间较长，久则发作次数渐频，疼痛程度加重，病情顽固，自愈者极少。

【病因病机】

风寒之邪袭于阳明筋脉，寒性收引，凝滞筋脉，血气痹阻，遂致面痛。或因风热病毒，浸淫面部，影响筋脉气血运行而致面痛。

【辨证分型】

疼痛突然发作，呈阵发性放射性电击样疼痛，如撕裂、针刺、火灼一般，患者极难忍受，常用手紧按或搓揉患部来减轻疼痛。每次疼痛时间很短，数秒至数分钟后自行缓解，但连续在数小时或数天内反复发作。不痛时间短可几日，长可数年，周期不定。

疼痛部位以面颊上、下颌部为多，额部较为少见。疼痛常有一起点，可因吹风、洗脸、说话、吃饭等刺激此点而发作。

风寒证多有面部受寒因素，痛处遇寒则甚，得热则舒，鼻流清涕，苔白脉浮。

风热证多在感冒风热之后，痛处有灼热感，流涎，目赤，流泪，苔腻浮黄，脉数。

【耳全息诊断】

1．望诊

面颊穴、颞穴、颌穴可有点状或片状的白色，红晕。

2．触诊

颌穴、眼穴、面颊穴、舌穴压痛明显（卅）。

3．电测诊

面颊穴、颞穴、外耳穴呈阳性反应（+）。上颌呈阳性反应（+），多提示三叉神经上颌支疼痛；下颌呈阳性反应（+），多提示三叉神经下颌支疼痛；若在眼穴、颞穴、额穴

呈阳性反应（+），多提示三叉神经第一支疼痛。

【辨证施治】

1．治疗原则

疏通阳明、太阳、少阳筋脉。

风寒证祛寒。

风热证清热。

2．取穴

主穴：面颊、神门、枕、三焦、相应部位。

配穴：胃、大肠、外耳。

取穴依据

面颊：疏通面部经络、调和气血。

神门、枕：镇静止痛。

三焦：有舌咽神经、面神经、迷走神经三对神经混合分支通过此穴，可抑制大脑皮层兴奋作用，达到镇静止痛的效果。

3．治疗方法

用耳穴电针，强刺激，每次2～3穴，留针20～30分钟，5～10次为一疗程。也可用耳穴埋针或耳穴贴压药籽法选用重刺激手法。

消 渴

消渴以多饮、多食、多尿、消瘦为主症，因患者小便甘甜，故又称糖尿病。

糖尿病为胰岛素分泌不足而致，血糖增高，出现糖尿，是一种常见的有遗传倾向的代谢性内分泌病。

【病因病机】

五志过极，精神烦劳，心火偏亢，消烁肺阴，以致口渴多饮，发为上消。或因偏嗜甘肥，脾胃积热，化燥伤津，遂致消渴善饥，发为中消。或因姿情纵欲，房室不节，肾精干耗，封藏失职，以致尿多而混，发为下消。

消渴虽有上消属肺，中消渴胃，下消属肾之分，但其病机主要是阴虚燥热所致。阴虚为本，燥热为标。两者往往互为因果，燥热甚则阴愈虚，阴愈虚则燥热愈甚。

消渴日久，阴津极度损耗，阴虚阳浮，可出现烦渴，头痛，恶心，呕吐，腹痛，唇红，舌干和呼吸深快证候，甚至出现昏厥，虚脱等危象。并常可并发白内障，雀目，疮疖，痈疽，水肿等证。

【辨证分型】

上消：以烦渴多饮、口干舌燥为主，兼见尿多、食多、舌尖红、苔薄黄、脉洪数。

中消：食量倍增，消谷善饥，嘈杂、烦热、多汗、形体消瘦、或大便干结。兼见多饮、多尿。舌苔黄燥，脉滑数。

下消：小便频数，量多而略稠，口干舌燥，渴而多饮，头晕，目糊，颧红，虚烦，善饥而食不甚多，腰膝酸软，舌质红，脉细数。久病阴虚及阳，可兼见面色黧黑，畏寒肢冷，尿量特多，男子阳萎，女子经闭，舌质淡，苔白，脉沉细无力。

【耳全息诊断】

1. 望诊

胰穴色白肿胀。

2. 触诊

胰胆穴、内分泌穴明显压痛（卌）。三焦穴、皮质下穴压痛（廾）。有压痕反应，血糖越高，压痕反应愈重，肿胀愈明显。

3. 电测诊

内分泌穴呈强阳性反应（廾）。胰胆穴呈阳性反应（+）或强阳性反应（廾）。病情稳定期压痕反应不明显，电测时仍呈阳性反应（+）。

【辨证施治】

1. 治疗原则

上消：清热润肺。

中消：清胃泻火。

下消：温阳滋肾固涩。

2. 取穴

主穴：胰胆、内分泌、三焦、皮质下。

配穴：耳迷根、神门、肝、缘中、上消取肺，中消取胃，下消取肾。

取穴依据

胰胆：诊断和治疗糖尿病特定穴。

内分泌：调节内分泌功能，促进胰岛素分泌，降低血糖。

三焦：面神经、迷走神经、舌咽神经三对神经混合分支通过此穴，所以取三焦直接刺激迷走神经，促进胰岛素的分泌。

3. 治疗方法

耳毫针法，每日1次，轻刺激，每次3～5穴，留针20分钟，隔日1次，10次为1疗程。耳穴贴压药籽法，每周2～3次，左右耳交换治疗。另外还可用耳穴注射胰岛素，可减少用量，并能延长作用时间。

膀 胱 炎

膀胱炎为膀胱壁的急、慢性炎症改变。临床表现为尿频、尿急、尿痛、脓尿、血尿等症状。常见的化脓性细菌引起的是非特异性膀胱炎，致病菌中80%为大肠杆菌，其次为变形杆菌、绿脓杆菌、葡萄球菌。

本病属于中医淋证范畴。

【病因病机】

外感湿热，或脾湿郁热下注，膀胱气化不利，小便频数热痛者为热淋。

湿热伤及血分，或久病阴虚火旺，而致络脉损伤，尿中带血者为血淋。

老年肾气衰惫，气化不及州都，排尿艰涩，淋沥不尽者为气淋。

【辨证分型】

热淋：小便频急不爽，量少，色黄浑浊，尿路灼热刺痛，小腹坠胀，或有恶寒发热，口苦、便秘、舌质红、苔黄腻。

血淋：小便频急，热涩刺痛，尿中带血，夹有血丝血块，小腹微有胀痛，苔黄腻，或

舌红少苔，脉细数。

气淋：小腹及会阴痛胀不适，排尿乏力，小便断续，甚则点滴而下，尿意频仍，少气，腰酸，神疲，舌质淡，脉细弱。

【耳全息诊断】

1. 望诊

膀胱穴可见红色或白色的点状丘疹（似鸡皮疙瘩）。

(1) 急性膀胱炎：

膀胱穴呈点、片状红晕或丘疹样暗红，有光泽。尿道穴呈点状红晕。

(2) 慢性膀胱炎

膀胱穴呈点、片状白色，边缘红晕或丘疹状白色，均无光泽；尿道穴呈点状白色，有症状时，阳性反应物的边缘可出现红晕。

2. 触诊

膀胱穴、尿道穴压痛明显（++）；输尿管穴、肾穴、内分泌穴压痛（+）～（++）；慢性膀胱炎在膀胱穴可触及片状隆起或条索状物。尿道穴可触及条索改变。

3. 电测诊

尿道穴、膀胱穴呈强阳性反应（++）。肾穴、输尿管穴呈阳性反应；内分泌穴或三焦穴有时也有反应。

【辨证施治】

1. 治疗原则

疏利膀胱气机，清热利尿定痛。

2. 取穴

主穴：膀胱、尿道、肾、三焦、内分泌。

配穴：脾、神门、肾上腺、皮质下。

取穴依据

膀胱、尿道：清热利湿、止痛消炎。

肾：补肾培元，清利湿热。

三焦：清利下焦湿热。

内分泌：调节内分泌功能，消炎止痛。

3. 治疗方法

耳毫针法，每次取4～6穴，留针20～30分钟，每日1次，强刺激。发热重可耳尖放血。也可用耳穴贴压药籽法。

遗　尿

遗尿是一种症状，指学龄前儿童或个别成人持续或间歇地在夜间睡眠时不自觉的排尿，醒后方觉的一种病症。轻者数夜一次，重者一夜数次。3岁以内的小儿遗尿不属于病态。

【病因病机】

肾主封藏，司气化，膀胱有贮藏和排泄小便的功能，若肾气不足，下元不固，每致膀胱约束无权而发生遗尿。肺主一身之气，有通调水道，下输膀胱的作用；脾主中气，有运

化水谷而制水的功能，若脾肺气虚，上虚不能制下，膀胱约束无力，亦可发生遗尿。

【辨证分型】

肾阳不足：睡中遗尿，醒后方觉，一夜可发生数次或更多，兼面色㿠白，小便清长频数，甚则肢冷恶寒，舌质淡，脉沉迟无力。

肺脾气虚：多见病后或体虚者，睡中遗尿，尿频量少，兼见面色㿠白，精神倦怠，四肢乏力，食欲不振，便溏，舌淡脉缓。

【耳全息诊断】

1．触诊

肾穴、膀胱穴压痛明显（++），缘中穴也压痛较明显（+）。

2．电测诊

膀胱穴呈强阳性反应（++），肾穴、尿道、缘中穴呈阳性反应（+）。

【辨证施治】

1．治疗原则

肾阳不足型治宜温补肾阳。

脾肺气虚型治宜补益脾肺。

2．取穴

主穴：肾、膀胱、缘中、尿道。

配穴：肾虚加内分泌穴；脾肺气虚加脾、肺穴。

取穴依据

膀胱：相应部位取穴，使膀胱气化得力，增加膀胱贮尿能力。

缘中：有调节内分泌功能，抗利尿作用。

3．治疗方法

毫针法或电针法，耳穴贴压药籽法，激光法。每次选穴3～5穴，每日1次，稳定病情后，可每周1次，以巩固疗效。

4．注意事项

（1）如有蛲虫者易产生排尿反射亢进，要配合驱虫药物治疗。

（2）对肾虚者，可在耳廓相应穴位配合耳灸法，增强补肾的功能，达到扶正的目的。

（3）对小儿遗尿，要与家长密切配合，如控制饮水，督促小便，养成患儿定时排尿的习惯。

（4）治疗时间要长，治愈后也要注意巩固疗效。

颈　椎　病

颈椎病又称颈椎增生综合症，是一种40岁以上劳动者中的常见病。多由外伤、劳损、炎症等形成，从而出现颈项，手臂麻木疼痛，头晕，呕吐等脊神经压迫症状。

【病因病机】

本病由于颈椎肥大性改变，颈椎间盘退变，破坏了颈椎的内在平衡，使颈椎发生了一系列解剖病理变化、可出现椎间变窄、椎间孔变小、椎体后缘唇边骨质增生、颈椎生理曲线改变、关节囊松弛等而引起颈椎脊髓、神经根、椎动脉受压迫症状。

中医认为本病患者多为素体气血不足，加之颈项部常年劳损，或反复扭挫伤，致使血

脉运行不畅，筋失濡养，寒凝气滞，阻于经络，则肢麻、疼痛，故遇寒加剧，其麻痛部位与经络循行、分布有关。

【辨证分型】

证见颈项强痛，夜间较甚，疼痛向肩、背，一侧（或双侧）上肢放射，伴有手指麻木，持物无力或举臂乏力。舌质暗红，苔薄白，脉弦紧，或弦细。

根据症状不同，本症可分五型：即颈型（即痹痛型，以痛为主）、神经根型（即麻木型，以手指麻木为主）、交感神经型（即虚弱型）、颈动脉型（即眩晕型，以颈性眩晕为主）和脊髓型（即痿弱型，以肌肉痿弱无力为主）。

【耳全息诊断】

1．望诊

颈椎穴呈结节状或珠状、条段状隆起，或软骨向下延伸增生。有症状时呈点状红晕或边缘红色。部分患者呈片状增厚，边缘红晕。根据其阳性物的部位，可区别颈椎病的病位。另外，颈椎病的各种类型，颈椎穴区反应也有区别。颈型多为片状增厚；神经根型多为结节状、珠状；交感型多为点白边红；椎动脉型多为条索状（潮红）；脊髓型多为隆起。

2．触诊

颈椎穴以及向下延伸增生的软骨处可触及结节状或珠状、条索状物并有明显压痛。肾穴亦有压痛。并可根据颈椎穴触及条索的位置，可推断增生椎骨的位置。如在颈推穴软骨向下延伸处触及条索，则提示三、四颈椎增生；而在颈椎穴上段近胸椎处外侧缘触及条索，则提示五、六、七颈椎增生。

3．电测诊

颈椎穴呈强阳性反应（卄）或阳性反应（+）。肾穴呈阳性反应（+）。若指穴同时呈强阳性反应（卄）时，则多提示颈椎病为神经根型。

【辨证施治】

1．治疗原则

治宜疏风散寒，通经活络。

2．取穴

主穴：颈椎、肾、内分泌、神门。

配穴：脾、肝、枕。

取穴依据

颈椎：相应部位取穴、疏风通经活络。

肾：补肾壮骨。

内分泌：改善内分泌功能，促进组织钙化。

神门：消炎、镇静止痛。

3．治疗方法

毫针法、耳穴贴压药籽法、电针法、电耳夹法均可，治疗选用强刺激手法、耳穴贴压穴位时以耳廓发热、颈项部有轻松感为宜，并且在颈椎相应部位前后对称贴压，三天换贴1次，双耳贴压10次为一疗程。

肩关节周围炎

肩关节周围炎为中老年多发病，多发于50岁以上，女性较多。因患病以肩关节活动受限为主，又称"肩凝症"、"冻结肩"、"漏肩风"。它是关节和关节周围滑囊、肌腱、韧带等软组织的一种退行性炎症病变。初起时单侧或双侧肩部酸痛，甚则可向颈部和整个上肢放射，日轻夜重，患肢畏风寒，肩关节呈不同程度僵直，肩部上拉、外旋、外展、后伸动作均有不同程度的障碍。病情绵延，严重者常可导致局部组织粘连，肌肉萎缩等现象，发生严重功能障碍。

中医认为本病因年老气血不足，风、寒、湿三气杂至，并侵入人体肩臂的经络、肌肉、关节，使气血凝滞，经络之气闭阻而成。

【辨证】

肩关节酸痛日觉加重，稍事活动，即有痛感，夜间更著。上肢活动受限，并有不同程度僵直、肩部上抬、外旋、外展、后伸动作均有不同程度的障碍，不能自行穿衣，梳头。

【耳全息诊断】

1．望诊

肩穴、锁骨穴呈点状或片状红晕、有光泽。伴有肩关节周围组织粘连时，肩穴可呈片状白色或片状增厚边缘红晕。

2．触诊

肩穴可触及结节样、条索样反应或片状隆起，或肩穴区可触及软骨增生、变形、质硬，并且明显压痛（卌）。锁骨穴较明显压痛（卄）、肩穴、锁骨穴相对应的耳背部可触及条索状物并且明显压痛（卌）。

3．电测诊

肩穴、锁骨穴及其相对应的耳背部均呈强阳性反应（卄）。肝穴，脾穴呈阳性反应（+）。

【辨证施治】

1．治疗原则

治宜温经散寒、疏风化湿、通络止痛。

2．取穴

主穴：肩、锁骨、神门、耳背相应部位。

配穴：肝、脾、内分泌。

取穴依据

肩、锁骨、耳背相应部位：疏通经脉、温经散寒。

神门：镇静、消炎、止痛。

肝、脾：舒筋活血、通络止痛。

3．治疗方法

毫针法、电针法，隔日一次，每次选3～4穴，耳穴贴压药籽可每周1～2次。也可配合耳灸法或局部艾条、拔罐。针刺耳廓充血发热后，令病人适当活动患肩，治疗期间应配合尽量行肩部活动。

腰 肌 劳 损

腰肌劳损由急性腰扭伤未获得及时有效的治疗，损伤未能修复或反复多次的腰肌损伤所致，还有的可因持续弯腰劳动引起肌肉、韧带撕裂和劳损所致。临床特点是腰部疼痛，劳累，阴雨天，潮湿气候加重，休息时减轻，腰部有明显压痛点并伴有腰部乏力。

【病因病机】

每因负重闪挫，剧烈活动、跌仆撞击、持重不当，牵拉以及过度扭转等原因，引起经络受损，经气运行受阻，气滞血瘀。

【辨证】

多有陈伤宿疾，劳累时加剧。腰部强直酸痛，其痛固定不移，转侧，俯仰不利，腘中常有络脉瘀血，苔脉多无变化。

【耳全息诊断】

1．望诊

阳性反应物多出现在与损伤部位相对应的耳穴上。与损伤部位相对应的腰、骶穴上呈点状或片状白色。慢性腰肌劳损呈不规则隆起变形，亦可为串珠状或条片状，锯齿状。急性腰肌劳损可在腰部呈现红润，亦可见毛细血管充盈，呈条段状或放射状。

2．触诊

与损伤部位相对应的耳穴压痛明显（卅），肝穴，肾穴压痛较明显（廾），腰肌劳损者在腰、骶二穴可触及皮内结节或条索状、片状隆起以及其他各种形态的变形。

3．电测诊

与损伤部位相对应的耳穴呈强阳性反应（廾），肝穴呈阳性反应（＋）。

【辨证施治】

1．治疗原则

治宜疏通经络、祛风散寒、活血止痛。

2．取穴

主穴：相应部位、神门、肝。

配穴：脾、皮质下、肾。

取穴依据

相应部位：根据医学全息规律，全身各部皆在耳部有其缩影定位。

神门：镇静止痛。

肝、脾：肝主筋，脾主肌肉，二穴可疏散筋脉，肌肉之寒湿，使经络气血通畅。

3．治疗方法

用毫针法、耳穴电针、耳穴贴压药籽法、激光法、耳灸法均可。治疗时要用强刺激，治疗前要找准反应点，并以触及压痕为主。耳穴贴压药籽，要逐渐在穴位上施加压力，按压由轻至重，直到穴位发热，放射至腰部最好。另外，还可在耳背相对应的部位，贴压药籽，加强疗效。

神 经 性 皮 炎

本病患处皮肤粗糙增厚、奇痒，两侧对称，病情迁延，容易复发，一般认为发病与精

神有关。

【病因病机】

初起多由于风湿热三邪蕴阻肌肤经脉所致；日久由于营血不足，血虚化燥，皮肤经络失于濡养所致。

【辨证分型】

证见局部皮肤受损逐渐变厚，为不规则的多角形之扁平丘疹与皮皱纹一致，相互融合形成苔藓样改变，表面干燥，皮肤角化，界限清楚，呈淡褐色或深褐色。自觉阵发奇痒，入夜更甚，郁闷烦燥时瘙痒更剧。

1. 风湿化热型

病程较短，患部皮疹伴有潮红、糜烂，湿润和血痂，苔薄黄或黄腻，脉濡数。

2. 血虚风燥型

病程较长，局部干燥，肥厚，呈苔藓样变。苔薄，脉细。

【耳全息诊断】

1. 望诊

肺穴呈糠皮粉末状脱屑，不易擦掉，相应部位见白色片状糠皮脱屑或暗褐色丘疹，皮肤粗糙，纹理加深，色泽变深。

2. 触诊

肺穴、相应部位压痛较明显（++）。

3. 电测诊

肺穴、太阳穴、皮质下，风溪穴及相应部位呈阳性反应（+）。

【辨证施治】

1. 治疗原则

（1）风湿化热型：疏风清热利湿。

（2）血虚风燥型：养血润燥。

2. 取穴

主穴：耳尖（放血）、相应部位（点刺放血）、肺、肾上腺、风溪、神门。

配穴：皮质下、枕、肝。

取穴依据

耳尖（放血）：祛风、清热、凉血、镇静止痒、抗过敏。

肺："肺主皮毛"，取之可疏散皮肤风热。

肾上腺、风溪：抗过敏、抗感染。

3. 治疗方法

用毫针法、电针法、刺血法、耳穴贴压药籽法均可。在耳穴相应部位点刺放血时，点刺不可过深，有轻微渗血即可，但点刺范围可以大些，因为本病主要症状就是奇痒难忍，点刺放血主要功效是止痒。耳廓背面相应部位贴压药籽是为了加强刺激，促进皮损好转、愈合。

本病病程较长，容易反复发作。皮损区不宜搔抓和热水烫洗，应忌食辛辣，腥物和禁用刺激性药物外搽。

痛　　经

妇女在行经前后，或行经期间，小腹及腰部疼痛，甚则剧痛难忍，并随着月经周期而发作，称为“痛经”。

【病因病机】

本病的主要机理是气血运行不畅所致。常由于经期受寒饮冷，坐卧湿地，寒湿伤于下焦、客于胞宫，经血为寒湿所凝，运行不畅而作痛；或肝郁气滞，血行受阻，冲任运行不畅，经血滞于胞宫，不通则痛；或禀赋虚弱，肝肾不足，孕育过多，精血亏损，行经之后血海空虚，胞脉失于滋养，故经后作痛。

【辨证分型】

1．寒湿凝滞型

经前或行经期间小腹冷痛，按之痛甚，重则连及腰脊，得热痛减，经水量少，色黯，常伴有血块，苔薄白，脉沉紧。

2．肝郁气滞型

经前或经期小腹胀痛，胀甚于痛，经行不畅，月经量少，常伴有血块，兼见胸胁乳房胀痛，舌质黯或有瘀斑，苔薄红，脉沉弦。

3．肝肾亏损型

经期或经后小腹绵绵作痛，按之痛减，经色淡，腰脊酸痛，头晕耳鸣，精神倦怠，舌质淡，苔薄，脉虚细。

【耳全息诊断】

1．望诊

内生殖器穴呈点片状充血或红晕，光泽明显，也可见点状白色，伴有脱屑，有油脂。少数患者三角窝呈血管怒张，界限不清，亦有光泽；肾穴，肝穴常呈点状，浅红色。

2．触诊

内生殖器穴压痛明显（卌）；内分泌穴压痛较明显（卄）。

3．电测诊

内生殖器穴、盆腔穴呈强阳性反应（卄）；内分泌穴、耳迷根穴呈阳性反应（+）；腹穴、肝穴、肾穴、艇中穴亦可呈阳性反应（+）。

【辨证施治】

1．治疗原则

（1）寒湿凝滞治宜温寒利湿、通经止痛。

（2）肝郁气滞治宜疏肝解郁，理气调经。

（3）肝肾亏损治宜补益肝肾，调补冲任。

2．取穴

主穴：内生殖器、内分泌、交感、肾、盆腔。

配穴：神门、耳迷根；肝郁气滞型配肝、三焦；肝肾亏损型配脾。

取穴依据

内生殖器、盆腔：调理气血，行气止痛。

内分泌：调节内分泌功能。

肝、肾：补夜肝、肾，调理冲任。

交感：解痉止痛。

3．治疗方法

毫针法实证用泻法，留针至疼痛消除起针。行针时自行捻转2～3次，即时止痛。经前一周开始治疗直至月经来潮为止。每日1次，三个月为一疗程。耳穴埋针、耳穴贴压药籽法亦可，每次选3～4穴，2～3天1次，两耳交替使用。耳灸法可用于虚寒证，每次选3～5穴，每穴施灸15分钟，每日或隔日1次。

另外，经期应避免精神刺激、过度劳累和行经期紧张心理状态，有助于提高疗效。并注意防止受凉或过食生冷。

绝经期症候群

绝经期症候群亦称更年期综合征。妇女在四十九岁左右，月经开始终止，称为“绝经”。有些妇女在绝经期前后，往往出现一些症状，如经行紊乱（月经来潮时间不准，血量亦多少不等）、头晕、心悸、烦躁易怒、出汗、情志异常、耳鸣、失眠等。

【病因病机】

妇女绝经前后，三阳脉衰，天癸将竭，肾气渐衰，精血不足，冲任亏损。或肾阴不足，阳失潜藏，肝阳上亢；或因劳心过度，营血暗伤，心血亏损；或因肾阳虚衰，失于温养，导致脾胃虚弱；或因脾失健运，痰湿阻滞，造成痰气郁结。总之，肾虚不能濡养和温煦其他脏器，诸证蜂起。

现代医学认为本病多因卵巢功能减退，引起内分泌功能紊乱，植物神经失调而出现以上症状。

【辨证分型】

1．肝阳上亢型

头晕目眩，心烦易怒，烘热汗出，腰膝酸软，经来量多，或淋漓漏下，舌质红，脉弦细而数。

2．心血亏损型

心悸怔忡，失眠多梦，五心烦热，甚或情志异常，舌红少苔，脉细数。

3．脾胃虚弱型

面色㿠白，神倦肢怠，纳少腹胀，大便溏泄，面浮肢肿，舌淡苔薄，脉沉细无力。

4．痰气郁结型

形体肥胖，胸闷吐痰，脘腹胀满，嗳气吞酸，呕恶食少，浮肿便溏，苔腻，脉滑。

【耳全息诊断】

1．望诊

内生殖器穴呈点状或片状白色，无光泽，少数有糠皮脱屑，缘中穴、皮质下穴呈点状红晕或点状白色。

2．触诊

内生殖器穴、内分泌穴压痛明显（卌），缘中穴、肝穴压痛较明显（廾）。

3．电测诊

内生殖器穴、内分泌穴、皮质下穴呈强阳性反应（廾）。

【辨证施治】

1. 治疗原则

（1）肝阳上亢型治宜平肝潜阳，益水涵木。

（2）心血亏损型治宜补益心血，交通心肾。

（3）脾胃虚弱型治宜补脾养胃。

（4）痰气郁结型治宜理气化痰。

2. 取穴

主穴：内生殖器，内分泌、缘中、肝、皮质下、肾。

配穴：心血亏损型加心；肝阳上亢型加肝阳；脾胃虚弱型加脾、三焦；失眠加垂前、神门；多汗加交感。

取穴依据

内生殖器：病变部取穴。

内分泌、缘中：调节内分泌功能紊乱。

肝、肾：补肝肾、调冲任。

3. 治疗方法

毫针法、耳穴贴压药籽法，磁疗法均可。

注意：（1）针刺时，应该先用轻手法，待病人适应一段后，可用中等手法，一般不用强制激手法。

（2）做好病人的思想工作，取得病人信任是治疗的关键，医生、患者互相密切配合可以提高疗效。

（3）本症病人主诉很多，要选择其主要症状治疗，不要随病人主诉取穴治疗，导致被动。

（4）用耳穴贴压药籽法时，不宜用强刺激手法，不宜重按。

（5）本病因临床无特效药治疗，用耳穴贴压药籽法治疗可缩短病程，不致于让其症状延续过长。

咽　喉　肿　痛

咽喉肿痛属于中医学“喉痹”“乳蛾”范畴，是咽喉疾患中常见的病症之一。

【病因病机】

咽喉为肺胃所属，咽接食道而通于胃，喉连气管而通于肺。如因风热犯肺，热邪熏灼肺系，或因过食辛辣煎炒，引动胃火上蒸，津液受灼，煎炼成痰，痰火蕴结，皆可导致咽喉肿痛。肾阴亏耗，阴液不能上润咽喉，虚火上炎，灼于咽喉，亦可引起本症。

现代医学认为本症指急、慢性扁桃体炎、咽喉部炎症。

【辨证分型】

风热型：咽喉红肿疼痛，恶寒发热，咳嗽声嘶，痰多稠粘，喉间如有物梗阻，吞咽不利，苔薄，脉浮数。

实热型：咽喉肿痛，高热，口渴引饮，头痛，口臭，痰稠黄，大便结，小便黄，苔黄厚，脉洪数。

虚热型：咽喉稍见红肿，疼痛较轻，口干舌燥，颊赤唇红，手足心热，舌质红，脉细

数

【耳全息诊断】

1．望诊

（1）急性扁桃体炎

扁桃体穴呈片状红晕或环状红晕，中心呈水肿性红润，有光泽。咽喉穴呈点状或片状红晕。

（2）慢性扁桃体炎

扁桃体穴呈点状或片状白色或片状隆起，隆起处可见片状红润或暗紫。发作时呈边缘红晕或环形皱折，均有光泽。

2．触诊

（1）急性扁桃体炎

扁桃体穴压痛明显（卌），并出现红色压痕反应。

（2）慢性扁桃体炎

扁桃体穴压痛明显（卌），可触及片状隆起，触及条索，并可呈现白色压痕反应。

3．电测诊

扁桃体穴呈强阳性反应（卄）。咽喉穴、口穴皆有阳性反应（＋）。

【辨证施治】

1．治疗原则

（1）风热型治宜疏风清肺利咽。

（2）实热型治宜清胃热利咽喉。

（3）虚热型治宜滋阴降火

2．取穴

主穴：耳尖、耳背静脉放血、扁桃体、咽喉、口、神门。

配穴：内分泌、肺、气管。

取穴依据

耳尖、耳背静脉放血：清热解毒、镇静止痛。

扁桃体、咽喉：局部取穴，清热解毒，利咽。

神门：消炎、镇静、止痛。

3．治疗方法

耳尖、耳背静脉放血、每日1次。耳毫针法用中强刺激手法，留针1小时，中间捻针2～3分钟，每日1～2次。耳穴贴压药籽或耳穴埋针2～3天1次，双耳交替使用。另外，还可用耳穴药物注射法或耳穴电针治疗。

鼻　渊（鼻炎）

鼻渊亦称“脑漏”，以鼻流腥臭脓涕，鼻塞、嗅觉减退，甚则头痛，脑胀为主症。本症以病程长、缠绵久为特点。

【病因病机】

肺开窍于鼻。鼻渊的发生与肺经受邪有关。有因外感风热、风寒伏郁化热或胆经之热上升，熏蒸清窍所致；有因肺气虚寒，津液不得下降，并于空窍而成。《济生方》载：夫

鼻者肺之候……其为病也，为衄，为痈，为瘜肉，为疮疡，为清涕，为窒塞不通，为浊脓或不闻香臭，此皆肺脏不调，邪气蕴结于鼻，清道壅塞而然。即或因风寒化热，胆热上升，上犯清窍，或因风寒袭表蕴而化热，肺气失宣，引起鼻渊。

【辨证分型】

风火型：鼻塞不通，时流黄涕，头昏头痛，脑胀，嗅觉不灵，甚则流脓涕，有恶臭或伴全身不适等。

风寒型：交替性鼻塞不通，时流浊涕或脓涕，有腥臭味伴头昏脑胀，记忆力减退，精神疲乏等。

【耳全息诊断】

1．望诊

内鼻穴呈片状隆起，额穴呈不规则隆起。

2．触诊

内鼻穴隆起质硬。

3．电测诊

内鼻穴、肺穴、额穴均呈阳性反应（+）。

【辨证施治】

1．治疗原则

（1）风火型治以清热解毒，泄胆疏风，通利鼻窍。

（2）风寒型治以疏风解表，宣肺利气开窍。

2．取穴

主穴：内鼻、肺、神门。

配穴：额、内分泌、风溪。

取穴依据

内鼻：局部取穴，直至病所，消炎。

肺：肺气通于鼻，治病求本，宣肺开窍。

神门：镇静消炎。

风溪、内分泌：抗感染、抗过敏，提高机体免疫功能。

3．治疗方法

耳穴贴压药籽，每次选3～4个穴位，双耳贴压10次为一疗程，或用毫针法、激光照射法等，也可酌情进行耳尖放血。本病为临床常见的多发病，缠绵难愈。虽有很多方法，但短期收效者少。用耳穴贴压药籽法治疗本病虽然可收到短期显著疗效，但也要多治疗几次，以便巩固效果。

癌 肿 疼 痛

癌肿是危害人类健康的一种常见病，癌肿的晚期常可侵犯局部神经而伴有剧烈的疼痛，常需依赖注射麻醉药品来缓解。

【取穴和刺激方法】

主穴：皮质下、心、耳尖、病变相应部位。

辅穴：交感、肝、神门。

刺激方法：毫针法或电针法，每次选用4～6穴，双耳交替，每日1～2次。

亦可用生理盐水10～20毫升进行耳根环行注射，注射时沿着耳根完整的注射一圈，否则影响效果。或用小剂量杜冷丁约0.1～0.3毫升（含杜冷丁1～5毫克）从神门穴向前下方斜刺皮下约2～3毫米注入该处，注射完毕针头慢慢退出，以免药物从针眼流出。一般注射后十分钟左右起作用，止痛效果和止痛时间与肌注杜冷丁100毫克相仿，有时止痛时间更长。另外还可局部配合1000～2000高斯的磁片敷贴，其镇痛效果则更好。

第十三章　颈项全息疗法

颈项针是针刺颈项部全息穴群治疗全身不少疾病的疗法。颈项针全息治疗法原称“项丛刺”，原由上海华延令教授等在齐刺法的基础上创用的，现简单介绍如下。

一、穴点定位与主治

颈项部正中有3个原有穴位：即督脉的哑门，风府和新穴下脑户。

1．哑门：位于后发际正中，在第一、二颈椎之间，约当入发际0.5寸凹陷中取穴。主治中风后遗症失语，精神病、癫痫、呕吐、慢性咽喉炎、鼻衄、聋哑。

2．风府：位于枕骨粗隆直下，后发际正中直上1寸，两侧斜方肌之间凹陷处，头微前倾取穴。主治感冒、头痛、项强、咽喉炎、中风后遗症，精神分裂症。

3．下脑户：位于后发际正中约风府穴上1寸（正当督脉穴脑户下0.5寸处）。主治癫痫、头晕、颈项强痛。

自风府穴向面旁至完骨穴（颅骨乳突后下缘凹陷处），沿颅骨下缘分为6个等份，每相隔1个等份距离为一个穴点，左右两侧各6个穴点，加前述中间三穴共15穴点。

二、配穴方法

一般多采用多针刺法，即15个穴点全部针刺，以起协同作用，增强疗效。

三、适应症

主要用于脑血管意外后遗症，癫痫，震颤，麻痹，脑震荡后遗症，高血压，偏头痛，过敏性哮喘，慢性鼻炎，感冒，瘫痪，失眠，神经官能症等。

由于15个穴点主要有督脉，足太阳膀胱经和足少阳胆经所分布，因此也治疗其他与此三经脉相关的疾病。

四、操作方法及注意事项

1．操作方法：选用28号，30号1．5寸毫针，针刺方向除下脑户一穴偏下方针刺外，其余均与皮肤垂直，针深不过1寸，以达到酸麻胀感为度，可留针20～30分钟，每5分钟行针一次。一般每日治疗一次，6～10次为一疗程，两疗程中间休息3～5天。

2．注意事项：操作应谨慎，严格消毒，切忌深刺。

第十四章　胸全息诊疗

胸在身体前面，躯干上部，上连头颈，侧有上肢，后有脊背，下接腹部，胸腔以膈膜与腹腔相分。

胸部是整体的一个部分，从全息医学角度看，当然是一个全息元，是整体的缩影，所以各特定穴点自会反映五脏六腑的生理，病理变化信息。在这些穴点上进行刺激操作，便会治疗与其相关联的脏腑器官疾病。这便是胸全息诊疗。由于胸廓的特殊性，在上面进行针刺需异常小心，以避免发生脏器受伤或气胸，故本文只介绍胸部全息穴群的指针疗法，即以指尖当针，对全息穴点进行指压刺激治疗。

第一节　胸与脏腑经络的关系

祖国医学认为胸廓内藏心肺二脏，为宗气之所。当然，胸廓内也藏心包络，因它护卫着心脏，并代心受邪。

许多经脉与胸部有密切的关系：任脉、足少阴肾经、足太阴脾经、足厥阴肝经、手少阴心经、手太阴肺经、手厥阴心包经、足阳明胃经均行于胸。此外，手太阴之筋“下结胸里”，手少阴之筋“结下胸中”，手厥阴之筋“入腋散胸中”，手厥阴经别“下腋三寸，入于胸中”，手少阳络“注胸中”，冲脉“挟脐上行，至胸中而散”，跷脉“上循胸里”。

由于胸与五脏六腑、十二正经、奇经八脉有密切联系，所以胸部特定穴点可广泛反映全身生理、病理信息，这些穴点即为全息诊断和治疗的反应（敏感）点。

第二节　穴点定位与主治

一、胸部侧面穴点

（一）胃穴

1. 胃 1：位于第五肋下缘，锁骨中线外一横指（以病人食指第一指关节的宽度为准，下同）处。抵压肋骨下缘取穴（全部胃穴和腹穴取穴均同此）。主治胃痛、恶心、呕吐、膈肌痉挛、心悸。

2. 胃 2：位于第五肋下缘与腋前线交点。主治同胃 1。

3. 胃 3：位于第六肋下缘，锁骨中线外一横指处。主治胃痉挛，上腹痛、肝区痛、膈肌痉挛。

4. 胃 4：位于第六肋下缘与腋前线交点。主治同胃 3。

5. 胃 5：第六肋下缘与腋中线交点。主治同胃 3。

（二）腹穴

1. 腹 1：位于第七肋下缘与腋前线交点。主治上腹及脐周痛、肝胆疾患、腹胀、膈肌痉挛。

2．腹2：位于第七肋下缘与腋中线交点。主治同腹1。

3．腹3：位于第八肋下缘与腋前线交点。主治同腹1。

4．腹4：位于第八肋下缘与腋中线交点。主治同腹1。

5．腹5：位于第九肋下缘与腋前线交点。主治腹痛（以中、下腹痛为主）、腹胀、肠麻痹、肝胆疾患、痛经。

6．腹6：位于第九肋下缘与腋中线交点。主治同腹5。

7．腹7：位于第十肋下缘与腋中线交点。主治同腹5。

（三）腋肋穴

1．腋肋1：位于第三肋下缘与锁骨中线交点。抵紧肋下缘向外上方压之取穴。主治胸上及腋窝部痛。

2．腋肋2：位于第四肋下缘与腋前线交点。抵肋骨下缘取穴。主治腋窝及腋下部痛。

3．腋肋3：位于第四肋下缘与腋中线交点。取穴、主治同腋肋2。

4．腋肋4：位于第五肋下缘与腋中线交点。取穴、主治同腋肋2。

（四）背胛穴

1．背胛1：位于第五肋下缘与腋后线交点。抵紧肋下缘向上直压取穴。主治肩胛内侧及背部疼痛。

2．背胛2：位于第六肋下缘与腋后线交点。取穴、主治同背胛1。

3．背胛3：位于第七肋下缘与腋后线交点。取穴同背胛1。主治背中、下部疼痛及软组织损伤。

4．背胛4：位于第八肋下缘与腋后线交点。取穴同背胛1。主治同背胛3。

（五）腰腹穴

1．腰腹1：位于第九肋下缘与腋后线交点。抵压肋骨下缘取穴。主治腰部软组织损伤、腰骶区疼痛、腹痛、腹胀、痛经。

2．腰腹2：位于第十肋下缘与腋后线交点。取穴、主治均同腰腹1。

3、腰腹3：位于第十一肋下缘与腋后线交点。取穴、主治均同腰腹1。

4．腰腹4：位于第十一肋下缘与肩胛内线交点。先抵压肋下缘，后垂直压取穴。主治同腰腹1。

（六）背腹穴

位于肩胛岗中点下两横指处。或将病人的手掌按在枕部，同侧肩胛区的凹陷处即是本穴。垂直按压取穴。主治胆道蛔虫症引起的疼痛、腹痛、肩背痛、肘臂痛、落枕。

（七）腰肢穴

位于从第十二肋骨端向脊柱引一水平线，此线与骶棘肌外缘的交点。取穴：①手指深入骶棘肌外缘，向脊柱方向挤压，酸胀感传至骶部；②垂直按压，麻胀感传至下肢外侧。

主治：腰骶部扭伤、下肢麻木疼痛、腹痛。

二、胸部正面穴点

（一）锁（骨）上穴

1．锁上1：位于胸锁关节处、锁骨内端的上缘。取穴时将手指按入胸骨上窝，压向锁骨端。主治心悸、偏头痛、耳部疾患。

2．锁上2：位于锁骨上缘中点向内一横指，在锁骨的内侧面。取穴：①将手指深入

锁骨上窝，抵在锁骨内面。滑动手指时有细条索状物滚动，并有颞侧胀痛感；②手指从锁骨上窝压向后下方再向内挤压，有麻胀感传至肩胛及上肢尺侧（小指侧）。

主治：偏头痛、心悸、膈肌痉挛（取穴按①法）、肩胛及上肢痛、落枕（取穴按②法）。

（二）肩臂穴

1．肩臂1：位于锁骨下窝处，于锁骨中线外一扁指，皮下可触及一粗大的斜行肌束。取穴：①向斜行肌束的上缘垂直压，有麻胀感传至上肢桡侧（拇指侧）；②向斜行肌束的下缘垂直压，有麻胀感传至上肢尺侧（小指侧）。

主治：上肢麻木、疼痛、震颤、肩痛、落枕。

2．肩臂2：位于锁骨下方，于锁骨中点内一横指。向第一肋骨直压取穴。主治肩臂痛（臂后区尺侧）。

3．肩臂3：位于锁骨与第一肋骨间，在胸骨旁线上。垂直按压取穴，主治肩臂痛（臂后区下方桡侧）。

4．肩臂4：位于第二肋下缘，锁骨中线稍外方。抵紧肋骨下缘向外上方按压取穴。主治肩臂痛（臂前区）。

（三）胸穴

1．胸1：位于第四肋下缘，锁骨中线内侧一扁指处，抵压肋骨下缘取穴。主治胁肋及上胸部疼痛、肋间神经痛、心悸。

2．胸2：位于第四肋下缘，锁骨中线外侧一扁指处。取穴、主治同胸1。

3．胸3：位于第六肋肋关节外一横指处，于肋软骨上垂直压取穴。主治下胸部痛、肋间神经痛。

4．胸4：位于肋弓与胸骨旁线的交点。垂直压取穴。主治肋弓区和下胸部痛。

5．胸5：位于肋弓与锁骨中线交点。垂直压取穴。主治季肋区疼痛，肝区痛。

（四）胸肋穴

定位：第二至第五肋肋关节的下角各一穴，双侧共8穴。

取穴：手指按入肋间，向内上方抵压。

主治：肋间神经痛、胸闷、支气管炎。

（五）剑突部穴点

1．剑上穴：位于胸骨剑突与胸骨体结合处。向上推压取穴。主治头晕、前额痛。

2．剑旁穴：位于剑突与肋弓交界处。向肋弓边缘挤压取穴。主治上腹痛、呕吐。

第三节　适应症及治疗方法

一、适应症

胸全息指压疗法主要用于常见痛证，对于内脏和身体的某些部位因机能失调而引起的急性头痛、胸痛、胃痛、腹痛以及颈肩臂腰骶部的软组织扭伤，肩关节周围炎、痛经等，疗效显著，对于慢性痛证，也有一定疗效。对于一些器质性疾患如胃、十二指肠溃疡、肾结石等所引起的疼痛，有缓解症状的作用。对于膈肌痉挛、心悸、昏厥、胸闷、腹胀也有一定疗效。

二、配穴方法

1．按中医理论取穴：如头痛症，按经络学说前头痛为阳明（经）头痛，偏头痛为少阳（经）头痛，后头痛为太阳（经）头痛，在胸穴选穴时就应辨证取穴；又如腹胀，有因肝气不疏之腹胀，要选肝穴治疗，有因脾气不运引起的，就需选脾穴治疗。

2．同侧取穴，远近相配：本疗法一般均在患侧取病变局部穴点和所主疾患的远处穴点。如胃痛，常于胸椎5—9的范围内取胃、腹各穴点，并于胃脘附近取剑上穴或剑旁穴。

3．穴区（点）参考原则：胸穴的分布与节段性的神经支配有关。但由于个体差异或疾病证型、病程不一，所取穴点不一定是某病人最敏感处，故在治疗时，凡遇到应取胸穴不敏感，或治疗效果不显著者，可以穴区（点）为参考标志，在其周围或相应节段的神经支配区内，于肋骨下缘或骨的表面寻找敏感点作为治疗穴点。

三、操作方法

1．滑动指压法：用较强的压力抵紧胸穴，以穴点处的结节或条索物为中心，顺着肋骨下缘或骨的表面来回滑动手指，使病人有较强的触痛感。此法适用于重症、急症及胸穴不太敏感者。此外，治疗软组织挫伤时，在局部反应压痛点上用大幅度的较强滑动，其滑动方向与患处的肌肉走向垂直。或手指深入反应压痛点内，着力于深部，反复滑动。

2．持续指压法：以中等强度的压力持续抵压胸穴，不滑动手指。适用于轻症、小儿、体弱及胸部过度敏感者。

3．颤抖指压法：为使胸穴保持较强的反应，可用手指抵紧穴位，做持续颤抖动作。

4．短棒压穴法：对于腰肢穴及位于肌肉丰厚处的胸穴，可用一端圆钝、缠裹纱布的短棒压迫穴点以代替指压，方起到足量的刺激治疗作用。

根据临床观察，只有足够的压迫穴点的强度并持续一定的时间，直至达到足够的刺激量时，才能抑制住病理性反应，起到疗效。一般每次指压7～15分种。急性病症每日2～3次，必要时可连续治疗2～3日。慢性病每日1～2次，7日为一疗程，再休息2～3天，以进行第二个疗程。

四、注意事项

1．指压胸穴多按主、配穴依次进行。为了尽快缓解病人痛苦，可用双手或两人对左右侧相应穴点或不同穴点同时施术。

2．准确的取穴、足够的指压强度和维持一定的指压时间是获得理想效果的关键。

3．指压胸穴，应先轻后重，切忌用力太猛，以免因刺激过重而使病人难以忍受以致影响治疗。

4．对老人、小儿、体弱及胸穴特别敏感者，手法宜适当放轻。

第四节　常见病证治疗处方举例

1．胃痛（慢性胃炎、胃痉挛等）

主穴：胃1、胃2、胃3、剑上穴。

配穴：剑尖点（即鸠尾穴）、剑旁、背腹、腰腹穴。

2．腹痛

主穴：7个腹穴。

一般每次选2个腹穴，病在上的取上部腹穴，病在下的取下部腹穴；满腹痛的上、下部敏感穴兼取。如上腹痛：腹1、腹2、配剑上、剑旁穴；下腹痛：腹4、腹6，配腰肢、腰腹穴。

3．胆道蛔虫症、胆结石、胆囊炎

主穴：背腹，配穴剑旁穴、剑尖点；或主穴：腹1、腹3、腹6，配穴胸5穴。

4．肾（结石）绞痛

主穴：腰肢穴、腰腹1、腰腹4穴。

配穴：背腹穴。

5．头痛

（1）前额痛：

主穴：剑上穴、剑尖点。

配穴：锁上2穴。

（2）偏头痛：

主穴：锁上1穴、锁上2穴。

配穴：压痛点（阿是穴）。

6．落枕

主穴：锁上2穴。

配穴：肩臂、背腹穴。

7．胸痛（胸壁挫伤、岔气、肋间神经痛）

主穴：上胸痛及胁肋痛取胸1、胸2、胸5穴；下胸痛取胸3、胸4穴。

配穴：胸肋8穴，按证选1～2穴。

8．肩痛

主穴：肩臂1、背腹穴、锁上2穴。

配穴：肩前痛配肩臂4，肩上和肩后痛取肩胛穴；腋窝及腋下部痛取腋肋1、腋肋4穴；肩胛内痛取肩臂3。

9．上肢疼痛麻木

主穴：肩臂1、锁上2、背腹穴。

配穴：尺侧臂痛取肩臂2、肩臂5；桡侧臂痛取腋肋1；臂前区痛取肩臂4；臂后区痛取肩臂2、肩臂3。

10．背痛

主穴：背腹、锁上2穴。

配穴：背上部痛加肩臂3、背胛1、背胛2及压痛点；背下部痛加背胛3、背胛4穴。

11．腰痛

主穴：腰腹1至腰腹4、腰肢穴。

配穴：压痛点或其他反应点。

12．腿痛

主穴：腰肢穴。

配穴：压痛点。

13．痛经

主穴：腹 4 穴、腹 6 穴。

配穴：腰腹 1、腰腹 4、腰肢穴。

14．呃逆

（1）腹 1 穴配背腹穴。

（2）胃 1 穴配胸 5 穴。

（3）剑尖点配锁上 1 穴、锁上 2 穴。

15．心悸（心动过速、心律不齐等）

（1）锁上 1 穴配剑旁穴。

（2）锁上 2 穴配剑上穴。

16．昏厥

主穴：锁上 2 穴。

配穴：剑尖点、剑上穴、胸 2 穴。

17．胸闷、气短（包括哮喘、支气管炎）

主穴：胸肋 8 穴（每次取其 2）。

配穴：锁上 1 穴，锁上 2 穴。

第十五章　背俞全息诊疗

背俞穴为足太阳膀胱经循行于背部第一侧线（距后正中线1．5寸）上主要以脏腑名称命名的俞穴，为该脏腑之气输注于背部体表的一些特定穴位。五脏、心包络及六腑各有背俞穴一个，即肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞、厥阴俞（心包络之俞）、大肠俞、小肠俞、胆俞、胃俞、膀胱俞、三焦俞。多用以诊断和治疗本脏腑有关的病证。另外尚有6对背俞穴各有专名，治疗其他全身疾病。

背俞穴的分布与支配内脏器官的植物性神经节段分布相一致，因此自古以来中医、针灸学家把背俞穴作为临床诊治脏腑病变的重要穴位，取得了确实可靠的效果。

十八对背俞穴上自第三胸椎棘突下旁开1．5寸的肺俞，下至平第四骶后孔、后正中线旁开1．5寸处的白环俞，组成了两条全息穴群，上面的背俞穴与同名脏腑或其他全身功能全息相关。

第一节　背俞全息诊断

一、背俞穴定位与主治

1．肺俞：位于第三胸椎棘突下，旁开1．5寸处。主治肺风、肺痿、咳喘、上气、五痨、骨蒸诸关肺脏之病，即（及）现代医学的支气管炎、哮喘、肺炎、肺结核、胸膜炎以及背部软组织劳损等症。

2．厥阴俞：位于第四胸椎棘突下，旁开1．5寸处。主治呕逆、咳嗽、烦闷、心痛及其他有关心包之病。

3．心俞：位于第五胸椎棘突下，旁开1．5寸处。主治心风、偏瘫、狂痫、神乱、胸闷、吐衄、目瞤、健忘等诸关心脏之病，即（及）现代医学之心绞痛，心律不齐等心脏病，神经衰弱、精神病、癔病等神经系统疾病。

4．督俞：即督脉之俞，故名“督俞”。位于第六胸椎棘突下，旁开1．5寸处。凡关腰、脊、骨、髓、头脑之病，俱可酌取。又如寒热、心痛、腹鸣、气逆诸病（如呃逆、呕吐等）均主治。

5．膈俞：本穴内应横膈膜，而为之俞，故名“膈俞”。位于第七胸椎脊突下，旁开1．5寸处。凡膈肌有病，如格忒（呃逆）、心悸之类，均可取此。本穴义为血之会穴，故本穴治吐衄、血晕诸病。现代临床上常用本穴治疗慢性出血性疾病、贫血、胃病、急性胆道感染、咳嗽、哮喘、肺结核、脊背痛、膈肌瘫痪等病。

6．肝俞：位于第九胸椎棘突下，旁开1．5寸处。主治诸风掉眩、满闷多怒、咳引两胁、目翳生泪、疝气、挛筋、转筋引腹、小儿惊风，以及黄疸、积气等症，即（及）现代医学之结膜炎、近视、青光眼、视神经萎缩、肝炎、胆囊炎、胃病、神经衰弱、胸膜炎、腰背痛、吐血、鼻衄等。

7．胆俞：位于第十胸椎棘突下，旁开1.5寸处。主治头痛、振寒、汗不出、腋下肿

胀、口苦、舌咽干痛、呕吐、骨蒸、目黄、食不下、胸胁痛等。

8. 脾俞：位于第十一胸椎棘突下，旁开1.5寸处。主治胀满、吐逆、痃癖、积聚、痎疟、黄疸、食不化、羸瘦、泄痢等症，即（及）现代医学之胃炎、胃及十二指肠溃疡病、肝炎、腹胀、消化不良、慢性腹泻、痢疾、疟疾、月经过多、慢性出血性疾病、贫血、浮肿、神经衰弱等。

9. 胃俞：位于第十二胸椎棘突下，旁开1.5寸处。主治胃寒、吐逆、胀满、肠鸣、腹痛、霍乱、转筋、小儿羸瘦、下痢脱肛，即（及）现代医学的各种胃病疼痛、消化不良、慢性腹泻、腹肌瘫痪等。

10. 三焦俞：本穴与人体上中下各部脂膜（三焦）相连，而为之俞，故名"三焦俞"。位于第一腰椎棘突下，旁开1.5寸处。主治胀满、膈塞不通、呕逆、饮食不化、肩背急、腰脊强、少腹坚硬、注泻下痢、目眩、头痛、妇人症聚。即（及）现代医学之水肿、尿路感染、遗尿等病。

11. 肾俞：位于第二腰椎棘突下，旁开1.5寸处。主治各种与肾有关之症，诸如虚劳、羸瘦、腰痛、梦遗、胸胁胀满、耳聋、目黄、溺血、浊淫，以及女子带下、月经不调等病，即（及）现代医学之尿路感染，尿潴留、阳痿、早泄、慢性盆腔炎、慢性腹泻、耳鸣等。

12. 气海俞：气海为脐下纳气之处，上合于肺，与后天呼吸之气息息相关。本穴与任脉之气海穴相应，而为之俞，故名"气海俞"。位于第三腰椎棘突下，旁开1.5寸处。主治腰痛、痛经、痔疮。

13. 大肠俞：位于第四腰椎棘突下，旁开1．5寸处。主治肠鸣泻痢、绕脐切痛、腰痛、腹胀、食不化、大小便难，即（及）现代医学之急性腰扭伤、腰肌劳损、坐骨神经痛等。

14. 关元俞：本穴与任脉之关元穴相应，而为之俞，故名"关元俞"。位于第五腰椎棘突下，旁开1．5寸处。凡病之关于元气者，如男子阳痿、泄遗、女子症瘕、白带及便难、泄痢、虚胀等证，即（及）现代医学之腰痛、肠炎、膀胱炎、遗尿症，糖尿病等，均可取之。

15. 小肠俞：位于平第一骶后孔，后正中线旁开1.5寸处。主治腰痛、遗精、遗尿、白带、肠炎、盆腔炎等。

16. 膀胱俞：位于平第二骶后孔，后正中线旁开1.5寸处。主治腰骶痛、膀胱炎、尿血、尿潴留、遗尿等。

17. 中膂俞：膂，傍脊肉之意，本穴当人体全长之折中，故名之以"中"，内应脊膂之肉，故名之以"膂"，因名"中膂俞"。位于平第三骶后孔，后正中线旁开1．5寸处。肾脏，藏于膂肉之内，故本穴主治肾虚、消渴、腰脊强痛、肠泄、赤白痢，即（及）现代医学之疝、脱肛、坐骨神经痛等。

18. 白环俞：位于平第四骶后孔，后正中线旁开1．5寸处。本穴与脐相应，为人之命脉根蒂，主治脱肛、盆腔炎、坐骨神经痛、腰骶痛、遗精、月经不调、白带、疝痛等。

二、诊断方法

1. 五脏六腑的病变，均可通过其分属的俞穴出现特异性现象，借以测知病变部位所在。如胃俞穴上有压痛，可知胃部有病；肺俞穴上有压痛，可考虑有气管炎、肺病；肾俞

穴上有叩痛，可推测肾脏及泌尿系统有病；关元俞至白环俞穴区有压、叩痛，应进一步诊断妇女生殖系统之疾病。

2. 用经穴触诊法，常可在有病的脏腑同名背俞穴上摸到一些结节、条索状阳性物，如神经衰弱、遗精等肾虚较重的患者，在其肾俞穴上常可摸到扁平结节，耳鸣者在肾俞穴可摸到椭圆形结节；肝炎患者的肝俞附近常出现细条状物而被扪及。

第二节　背俞全息治疗

一、适应症

本法在针灸临床上广为应用于治疗内脏和全身性疾病，如心悸、心痛、气短、胃痛、胁痛、腹痛、腹泻、阳痿、痛经、泌尿系统疾病及其他前述各背俞穴主治疾病。

二、配穴方法

1. 根据脏腑病名相应取穴：如心脏病取心俞；胃脘痛取胃俞等。

2. 根据中医理论取穴：如目疾、视物不清取肝俞，因肝藏血、肝开窍于目。

3. 俞募配穴：背俞穴是脏腑经气输注于背部体表的特定穴位，募穴是脏腑经气汇聚于胸腹部距该脏腑最近处的特定穴位，二者相配疗效增强，如肝俞配期门（肝之募穴）、心俞配巨阙（心之募穴），膀胱俞配中极（膀胱之募穴）等。

4. 表里配穴：表里关系的脏腑，其背俞穴可相配治疗，如心俞配小肠俞治心火上炎等。

三、操作方法及注意事项

1. 操作方法：常规消毒后，用30～32号1.5寸毫针向脊柱侧斜刺0.5寸，适用于自肺俞至胃俞诸穴；肾俞以下诸穴可直刺1寸左右。得气后留针20分钟，每5分钟行针一次。每日治疗一次，6～10次为一疗程，两疗程间休息3～5天。

可用全息诊疗仪选择适当的刺激种类施治。

2. 注意事项：肺后之背俞穴进针不宜深，以免伤及肺脏导致气胸。在该部施针时应高度集中精力，严格掌握进针角度、深度，严防事故发生。

第十六章 脊背全息疗法

脊针疗法是针刺夹脊穴或椎旁穴以治疗全身不少疾病的方法。

第一节 夹脊穴全息疗法

一、夹脊穴定位与作用

传统的夹脊穴称“华佗夹脊穴”，出自晋代葛洪的《肘后备急方》，其穴群位置是从胸1自腰5的十七椎棘突下旁开0.5寸，左右共34穴。流传至今，后人将其区域向两端延长，成了现在教科书上的56穴，即从第一颈椎到第四骶椎假棘突下旁开0.5寸，形成了主治功能更为齐全的现代夹脊穴全息穴群，其作用是：通经活络，扶正祛邪，尤其对内脏疾病，具有与背俞穴相似的调理功能。

二、夹脊穴分段主治

根据现代医学的脊神经支配范围，夹脊穴全息穴群各段主治不同疾病，分述如下：

1. 颈1—颈4夹脊穴：主治头部疾病。
2. 颈1—颈7夹脊穴：主治颈部疾病。
3. 颈4—胸1夹脊穴：主治上肢疾病。
4. 颈3—胸9夹脊穴：主治胸廓及胸腔内脏病。
5. 胸5—腰4夹脊穴：主治腹腔内脏病。
6. 胸11—腰5夹脊穴：主治腰骶部疾病。
7. 腰2—骶2夹脊穴：主治下肢疾病。
8. 腰1—骶4夹脊穴：主治腰骶部病变与盆腔内脏病。

三、治疗方法

（一）针刺法：患者取俯卧位，医生以1.5寸毫针治疗，颈部与胸部夹脊穴直刺0.5～1寸；腰夹脊穴直刺1～1.5寸；骶部夹脊穴直刺0.5～1寸。也可向下沿皮刺1～1.5寸。每次选2～3穴，得气后留针20～30分钟。

（二）梅花针叩刺法：在选择的夹脊穴区常规消毒后，医生手握梅花针柄自上而下按序叩刺，病变轻者用力较小，以皮肤呈现红润、充血为度；重病者着力较重，以皮肤微微出血为度。

（三）推拿法：详见第二十五章小儿全息推拿内容。

（四）全息诊疗仪治疗法：详见本书有关内容。

第二节 椎旁针全息疗法

椎旁针疗法原为河南牟敬周教授所创用，其穴位分布、针法、针感和主治症均与背俞穴、夹脊穴有所不同，现简单介绍于下。

一、穴位分布和主治

所有穴位均分布于后正中线旁开 1 寸的侧线上，上自第四颈椎棘突下平面起，下至第一骶椎假棘突下平面上，其中第七颈椎无相应椎旁穴，椎旁每侧 21 个穴位，双侧 42 穴。

（一）颈旁穴

颈旁 1（第四颈椎棘突下旁开一寸处）、颈旁 2、颈旁 3：针刺时产生触电感，均沿肩胛部放射至臂及手指部，主治颈、肩痛，上臂麻木、瘫痪、疼痛等症。

（二）胸旁穴

1．胸旁 1～6：针刺产生触电感均沿肋间神经走向放射至前胸部，主治气喘、咳嗽、胸痛（含肋间神经痛）。

2．胸旁 7～8：针刺产生触电感向前胸下部及上腹部放射，主治胸闷、呃逆、泛酸等症。

3．胸旁 9～12：针刺产生触电感均放射至上腹部，胸旁 11、12 又可放射至中、下腹部及下肢。主治肝区痛、胁肋痛、胃痛、呕吐、胆绞痛和胆道蛔虫症等。

（三）腰旁穴

1．腰旁 1：针刺产生触电感向中、下腹部放射。主治腹痛、腹胀、肠粘连、阑尾炎、肠炎、痢疾等症。

2．腰旁 2：针刺产生触电感放射至股及膝部。主治膝关节肿痛、酸软无力。

3．腰旁 3～5：针刺产生触电感均放射至下肢及足趾，主治下肢痛、麻木、瘫痪和腰痛。

（四）骶旁穴

针刺产生触电感可放射至下肢、会阴部、少腹部、盆腔内及生殖器等部位。主治阳痿、遗精、遗尿、尿闭、脱肛、子宫脱垂、痛经、经闭、月经不调、下肢麻木、瘫痪、疼痛等症。

二、针刺方法

一律稍向椎体下方斜刺，不留针。进针后，以提插为主，至出现触电样感觉为宜。刺中感应后，每提插刺激一次，即出现触电样感觉放射一次，一般刺中感应 1～3 次起针。若无此感应，是未刺中，可改变针刺方向重刺。

关于深度，颈旁穴 1．5～2 寸，胸旁穴 2～2．5 寸，腰骶旁穴均以 3 寸为度。但应以有上述针刺感应出现为宜，尽量不深刺，尤其针刺胸旁穴时，为了避免刺伤内脏和防止发生气胸，要细心谨慎。除了严格掌握稍向椎体下方斜刺外，还要注意体察到针体与椎体骨质有磨擦感为妥。要求做到手不离针，及时出针。

一般每次可取 1～3 个穴位，每日或间日针刺一次，因病因人制宜，灵活掌握。

第十七章　腹全息诊疗

腹位于身体前部，上连胸，下接股，侧临胁，后有背，内藏肝、胆、脾、胃、肾、膀胱、大肠、小肠、女子胞等重要脏腑。

腹部作为全身的一部分，从医学全息论的方面看，也是一个全息元，是整体的缩影。故各特定部位反映着全身脏腑、器官、肢节等生理、病理变化情况，用不同的方法找出相应的反应点，可作为腹部全息诊断，在这些反应点上施行各种刺激操作，即可对相应病变进行治疗，谓之腹全息诊疗。

第一节　腹全息诊断

腹部脏腑器官甚多，虽各自位置不同，但其气皆汇聚于腹，以濡润之。并且，经过经络的联系沟通了内在脏腑与外腹的联系，使腹部的不同区域分属于不同脏腑。因此脏腑靠腹护卫，腹赖脏腑生化气血充养，内外一体，相互依存，维护人体生命活动。由于脏腑在腹内的分布各有一定的位置，且与体表相对应，加之经络内外循行联络，所以若脏腑经络发生病变，必反应于腹表的一定部位，而出现各种自觉或他觉病象。这便是腹全息诊断的理论基础。

一、腹部分区及脏腑反应部位

中医历代文献对腹部的分区及脏腑分布（包括解剖及功能定位）多有描述，为便于腹全息诊疗的临床应用起见，参照现代医学生理解剖及腹部的九部分区法（通过腹股沟韧带中点，每侧作一条垂直标线，与第十肋端水平连线和髂嵴上缘的水平连线相交叉，将腹部分为九部，自右向左分别是：上区为右上腹部、上腹部和左上腹部；中区为右腰部、脐部和左腰部；下区为右下腹部、下腹部和左下腹部）归纳如下（图 17－1）

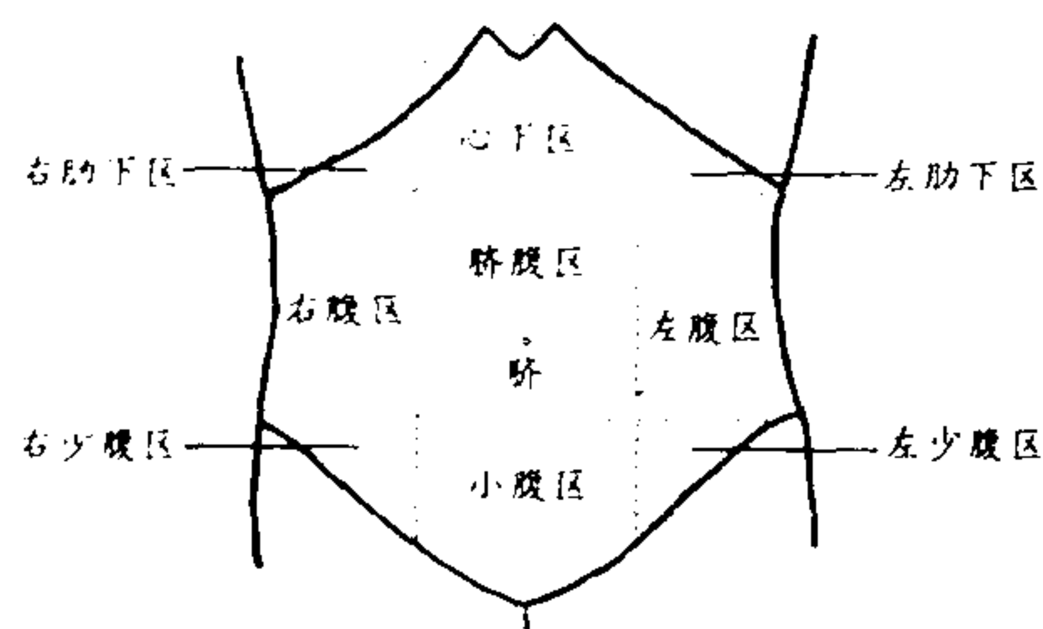


图 17－1　腹部分区示意图

（一）心下区：即上腹部，为心，胆，胃之反应区。

（二）右胁下区：即右上腹部，为肝，胆反应区。

（三）左胁下区：即左上腹部，为脾、胃反应区。

（四）脐腹区：即脐部，为胃、脾、小肠、大肠反应区。

（五）右腹区：即右腰部，为肾，小肠，大肠反应区。

（六）左腹区：即左腰部，为肾、小肠、大肠反应区。

（七）小腹区：即下腹部，为肾、膀胱、肝、女子胞反应区。

（八）右少腹区：即右下腹部，为大肠、女子胞反应区。

（九）左少腹区：即左下腹部，为大肠、女子胞反应区。

二、腹全息望诊

正常人腹部肌肤细密润泽，颜色如常，上腹稍低，下腹稍丰，中间微凹，两旁略高，坚实但无障碍，柔软而有力量。脐深而紧。腹部无膨满、紧张，心下舒适。腹肌张力适中，肌肉与皮肤不分离；无硬结、肿块、动悸、压痛等。然后诊腹，方可知常达变。

望诊时，一般应注意腹部的形态及色泽，视其有无畸形、膨隆或凹陷，有无局部突起、包块、创伤、炎症、溃疡及脐之情况（另见“脐全息诊疗”章）；观察腹部动悸和胃肠蠕动（如肠型）状况；观察腹部皮肤颜色和光泽，注意有无发红、瘀斑、黄疸、脉络青紫、肌肤甲错等。

（一）形态

1. 如全腹隆起，甚至胀大如鼓，可见于肥胖、胀气、水肿（腹水）、痞积等。应注意鉴别病理情况的食积、肠道梗阻、肾炎、贫血、心脏疾患。

2. 如腹部局限性隆起，多见于痈肿、积聚、疝气等，可根据出现的部位和表现予以鉴别。

3. 如见腹部凹陷，甚至腹皮与脊柱几乎相贴，多见于极度消瘦或严重脱水者，是重危病候的表现；若凹陷局限于胃脘和左、右肋下区，并伴腹中剧痛，腹壁板硬，应考虑有否溃疡病穿孔之可能；如见孕妇腹部松弛下陷，则应怀疑胎萎或胎死腹中。

4. 如见胃型、肠型或其他异常胃肠蠕动波，应考虑腹内气机逆乱而上冲皮起。若见腹中蠕动，持续明显，或阵发性加强，则多属胃肠病变，应进一步分辨是幽门狭塞梗阻，抑或肠道梗塞，并参考全身状况判断是否肿瘤所致等。

（二）色泽

1. 肤皮色黄，为虫证，深黄主黄疸。

2. 局部皮肤焮红，为疮疡或内痈。

3. 外感时邪，腹皮卒然青黑者为危证。

4. 麻疹出而忽隐，腹皮色白者为正气不足。

5. 皮肤粗糙如鱼鳞，久病而见者为胃气大虚或瘀血之证。

6. 小腹痛而见皮肤甲错者为肠痈之征。

7. 如见腹壁脉络迂曲怒张，青筋暴露，多见于肝硬化门脉高压症。

三、腹全息触诊

医生以手抚按、触摸腹部诊察疾病，向来是临床上的重要诊断手段。原则上也是在问诊及望诊的基础上，已大体知道腹腔脏器患病的部位，而将它放于最后检查，以防引起全腹紧张，影响触诊的可靠性。

腹部触诊一般有两种方法：

1. 平触法：触诊时四指并拢平伸，以手掌平放于病人腹部，轻加压力，自上而下，由浅及深，作轻轻滑动触按或扪按。此法可了解腹部皮肤的温度、湿度及腹壁的肥瘦、弹性、紧张度，有无压痛、包块、胃肠蠕动及其他异常感觉。

若腹满充实、紧张，按之有抵抗感，或拒按，按之痛甚者多为实证；若腹壁瘦薄，张力不大，喜温喜按，按之痛减者，多为虚证。可根据该异常部位的脏腑所属以推断所患何病。

2. 点触法：又分两种，一种是单用一指由腹壁迅速压向深部，或者叩击腹壁某一局

部，使之震动，根据声响的特点及指下感觉，以判断病变部位和性质。如无响动，指下空软或有抗力，而无撞击感者，多为腹中气胀；若点触时有气过水声，指下有震撞之感者，多为水饮内停。

另一种点触法即穴位（点）触诊法，包括现代医学的马氏点触痛（诊断阑尾炎）、针灸学上的募穴触痛（根据募穴的所属，诊断该脏腑病变）及腹全息穴点触痛（或反应点、敏感点，以诊断属全身何部位病变）。

第二节 腹全息治疗

一、腹针全息疗法

腹针是针刺腹部全息穴区（点）以治疗全身疾病的方法。

（一）穴区（点）定位与主治（图 17－2）

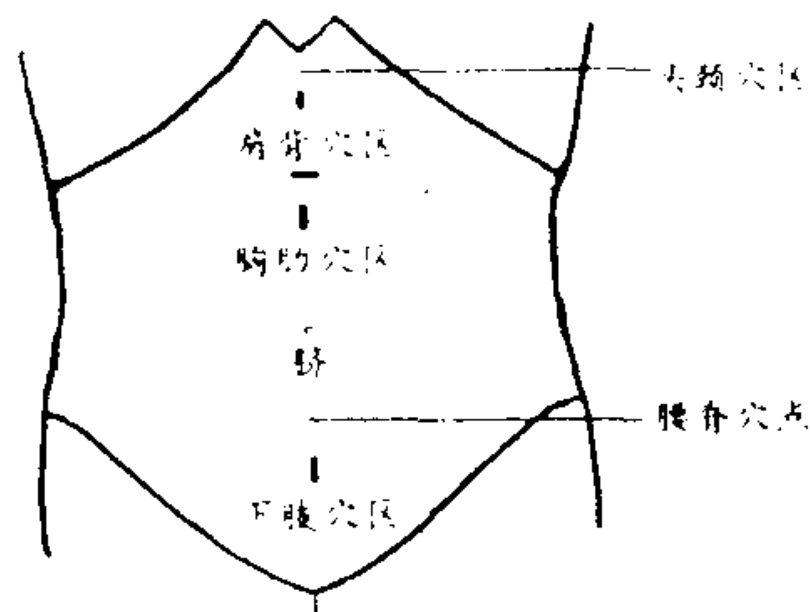


图 17－2 腹针全息穴群示意图

1．头颈穴区：位于剑突下 2－3cm 处，约在任脉巨阙穴上下，主治头颈部疼痛、落枕。

2．肩背穴区：位于剑突下 6cm、前正中线两侧旁开 1cm 处，约在肾经腹通谷与阴都穴之间。主治肩背痛、肩部扭伤、肩周炎、上肢痛麻。

3．胸肋穴区：位于剑突下 7－8cm 处，约在任脉中脘、建里穴间。主治胸痛、胸闷、肋间神经痛。

4．腰脊穴点：位于脐下 6cm 处，约在任脉石门穴位置。主治急性腰扭伤、腰肌劳损。

5．下肢穴区：位于脐下 7－8cm 处，约当任脉石门、关元穴之间。主治痿痹、坐骨神经痛。

（二）配穴方法：

以部位对应配穴，如肩痛取肩背穴区，坐骨神经痛取下肢穴区，并与针灸经穴相配合，疗效更为理想。

（三）适应症：

适于治疗各种原因引起的疼痛病症（如头痛、肩周炎、腰扭伤、术后伤口痛等）和胸闷、咳喘、肢体麻木等。

（四）操作方法及注意事项：

用 32 号 1．5 寸毫针，经常规消毒后，刺入所选腹全息穴区（点）1 寸左右，行手法得气后，可留针 20～30 分钟，中间可行针 2～3 次。每日治疗 1～2 次。

腹部有许多重要脏器，故针刺时应做好体检，尤其遇有心脏扩大、肝脾肿大、胃下垂、膀胱充盈时，应注意避开脏器和大血管，慎重选穴和针刺，以免出现意外。

二、十四经穴全息疗法

十四经穴系统可治疗全身疾病，体现了穴位的全息性质，相对于微经穴诊疗系统而言名曰十四经穴全息疗法。

腹是人体中脏腑最多的部位，经络密布，穴位集中。正经中，手足六经及其支脉都循行于腹内或腹表，或与相应脏腑相络属。其中足少阴肾经、足阳明胃经、足太阴脾经、足

厥阴肝经从腹表循行，足少阳胆经循行腹侧体表。奇经八脉虽不直接络属脏腑，但纵横交叉于十二正经之间并与脏腑相关联。除督脉在背部（也与任脉于会阴穴相接）外，其余七脉均循行于腹部，任脉行于腹正中线。在腹部共有经穴56个，为腹部局部经穴包括全身信息提供了脏腑经络理论基础。

根据针灸学传统理论，募穴是脏腑之气汇集通达胸腹体表的特定腧穴，每一脏腑均有一募穴，该募穴出现压痛、硬结等阳性体征时就反映出相应脏腑的病变，所以据此可作全息诊治。

除肺之募穴（中府）、心包募穴（膻中）、肝之募穴（期门）、胆之募穴（日月）在胸部外，其余8个募穴均在腹部，可见腹在全息诊疗中的重要作用。

十四经穴全息疗法包括一般经穴疗法和募穴（特定穴）疗法两种：

（一）一般经穴疗法（具体方法同针灸学）

1．任脉的穴位除主任血海、胞宫并治疗其内在相邻脏腑的病变外，还治疗神经系统病证、气虚（脱）证等全身疾病。鸠尾穴尚治咽喉肿痛，巨阙穴尚治脚气病，上脘穴治惊悸，中脘穴治失眠、头痛、哮喘、子宫脱垂，水分穴治疗鼻衄，神阙穴治疗中风、脱肛、尸厥、角弓反张，阴交穴治疗腰膝拘挛，气海与关元穴均治中风脱症、高血压、失眠，中极穴治疗尸厥等，已是针灸临床常识，不予赘述。

2．胃经的穴位除以治疗胃肠病为主外，因胃经上行头面，下至足趾，故还善治头面、神经系统及下肢诸病。另外，不容穴尚治口干、肩胁痛、喘咳、心痛致胸背引痛等，关门穴治全身水肿，太乙穴善治心烦，天枢穴位于腰部平面，善治腰痛，大巨穴治疗偏枯、四肢不收、惊悸、不眠，水道穴治疗肩背痛、腰脊强急、二便不通等。

3．肾经的穴位除主治肾虚诸证和肾、膀胱有关疾病外，尚治疗神经系统、生殖系统、骨骼系统等病变，其腹部诸穴还善治目内眦赤痛。此外，幽门穴还治疗乳病，腹通谷穴治疗口歪斜、暴哑、胸满胁痛，阴都穴治疗疟疾、胁下热痛、哮喘，石关穴治疗脊强，中注穴治疗腰脊痛，四满穴治疗气攻两胁疼痛等。

4．脾经的穴位除主治中气虚弱、水湿滞困、运化不利外，尚治疗肌痿无力、贫血等。

5．胆经的穴位除主治肝胆疾患外，还治疗神经系统疾患。京门穴治疗腰痛、髋关节痛、肩背寒、肩胛内廉痛、脊强反折，带脉穴治疗胁痛、疝气、盆腔炎，五枢穴治疗腰背痛、阴疝，维道穴治疗腰腿痛、呃逆、咳不止。

6．肝经的穴位除主治肝胆疾患外，还治疗神经系统疾患，章门穴尚治疗腰脊痛、咳喘、呃逆、肩臂不举。

（二）募穴全息治疗

巨阙穴为心之募穴，主治卒心痛。

中脘穴为胃之募穴，主治胃脘痛。

石门穴为三焦募穴，主治三焦气化不利。

关元穴为小肠募穴，主治小儿消化不良。

中极穴为膀胱募穴，主治泌尿系统疾患。

天枢穴为大肠募穴，主治腹痛、腹胀、腹泻、便秘等肠道病变。

京门穴为肾之募穴，主治肾虚证、肾炎。

章门穴为脾之募穴，主治脾虚、消化系统疾患。

第十八章　脐全息治疗

第一节　脐疗基本知识

一、脐疗的概念与简史

脐疗，又称脐疗法或脐中疗法，属祖国医学外治法之一。所谓脐疗，是指将药物制成适当剂型（如糊、散、丸、膏等）敷贴于脐部，或在脐部给以某些物理刺激（如艾灸、针刺、热熨、按摩、拔罐等）以治疗和预防疾病的方法。换言之，脐疗是以脐（即神阙穴）处为用药或刺激部位，以激发经气、疏通经络、促进气血运行、调整人体阴阳与脏腑功能，从而防治疾病的一种疗法。

脐疗是祖国医学的瑰宝，源于古代，在历代的中医文献中有大量地散见记载，并在民间广泛流传，至今已有数千年的历史。历史实践证明，脐疗具有简、便、廉、验、捷等特点，并有其独特的理论体系，是中医学的一个重要组成部分。

从现有书籍看，脐疗最早的文字记载见于1973年湖南马王堆三号古墓出土的马王堆汉墓医书中的帛书《杂疗方》，用椒、桂、皂、姜研末敷脐，或用药巾涂擦或扎束于脐腹部治疗阳痿。

从战国至秦汉，脐疗法又开始从初步运用逐渐转向了理论上的初步探索。如在《黄帝内经》中，明确指出肚脐是人体上重要的一个穴位，并记载了脐与十二经脉与五脏六腑的联系等，为脐疗法初步奠定了理论基础。《黄帝内经》之后的《难经》，在八难、十六难和六十六难中，对脐周部位与五脏六腑的对应关系进行了论述，为脐疗法奠定了基础；并明确指出脐下肾间动气，为“五脏六腑之本，十二经脉之根，呼吸之门，三焦之原”，“主通行原气，经历于五脏六腑”，这是对脐疗理论的重大贡献。

汉代医圣张仲景在《金匮要略·杂疗方》中已开始用脐疗救治急症，如“凡中暍死……屈草带，绕暍人脐，使三两人溺其中，令温。”

晋代，皇甫谧在其所著的我国第一部针灸学专著——《针灸甲乙经》中，明确提出脐中禁针，并运用灸脐法治疗不孕证、水肿、腹水、腹痛等病症。晋代医家葛洪在《肘后方》中，载有许多脐疗方法，如用“令人骑其腹，溺脐中”的方法治疗“卒腹痛”，“（霍乱）苦烦闷凑满者……以盐内脐中灸二七壮。”

唐代，药王孙思邈在《千金要方》、《千金翼方》中，较广泛地记载了脐疗。如《千金要方》治疗“少年房多短气……又盐灸脐中二七壮”；“气淋，脐中著盐，灸之三壮”；“落水死，解死人衣，灸脐中，凡落水经一宿犹可活”。此外，孙思邈还擅长应用脐部以诊断疾病和判断预后等，足资后人借鉴。

宋金元时期，应用脐疗者更是不乏其人。在王怀隐的《太平圣惠方》、朝廷组织编纂的《圣济总录》、许叔微的《本事方》、窦材的《扁鹊心书》等医籍中，对脐疗的记载颇多，其填脐药物应用之广，方剂之多，是前所未有的。如《太平圣惠方》治“卒中不知

人，四肢厥逆，附子研末置脐上，再灸之，可活人。”《本事方》治癃闭发作欲死，用葱白熨脐即通。《圣济总录》治“膀胱积滞，风毒气胀，小便不通，取葱津一蛤壳许，入腻粉调如泥，封脐内，以裹肚系定，热手熨，须臾即通。”王执中《针灸资生经》则认为：“若灸溏泄，脐中第一，三阴交等穴，乃其次也。”这说明宋金元时期，脐疗已得到了较普遍的应用。

明代，脐疗的应用更加活跃。如龚廷贤《万病回春》中，载有“彭祖小接命熏脐秘方”和“益寿比天膏”，盛誉熏脐法“灸之百脉和畅，毛窍皆通，上至泥丸，下至涌泉”，能却病延年。明代著名的医药学家李时珍在其传世之作《本草纲目》中，载有大量的脐疗方剂，用于许多疾病。如治“小儿盘肠，内钓腹痛，用葱汤洗儿腹，仍以炒葱捣贴脐上，良久，尿出痛止。”“水气肿满，大蒜、田螺、车前子等分，熬膏摊贴脐中，水从便漩而下，数日即愈。象山民人患水肿，一卜者传此，用之有效。”“下元虚冷，日令童男女，不时隔衣进气脐中，甚良。凡人身体骨节痹痛令人更互呵熨，久久经络通透。”张介宾《类经图翼》，对脐的生理及重要性作了理论上的阐述，并载有一些脐疗验方，如隔盐、川椒灸脐治疗不孕症等。此外，《景岳全书》、《证治准绳》、《医宗必读》、《针灸大成》等书均有一些脐疗的记载。这说明明代对脐疗的应用更加普遍，方剂日益增多，内容不断丰富。

清朝，脐疗已得到了空前普遍地应用。在由清政府组织编写的大型医学丛书《医宗金鉴》中，明确指出神阙穴能“主治百病”，并用葱白捣烂加麝香少许敷脐，加以冷热刺激，治疗小便癃闭点滴难下之症。足见脐疗在当时已被宫廷所接受。赵学敏的《串雅内编》和《串雅外编》，广泛搜集了民间走方医的经验，其中便有不少脐疗验方，具有方简、效验的特点，至今仍被临床所沿用。

刊行于1805年由程鹏程编辑的《急救广生集》，是我国第一部外治法专著（早《理瀹骈文》59年），大致总汇了清代嘉庆年前的外治经验和方法，其中就有不少脐疗方剂，如五倍子贴脐治盗汗，何首乌贴脐治自汗等，多具简、便、廉、验之特点。此外，吴师机的《理瀹骈文》，邹存淦的《外治寿世方》、陆晋笙的《鲟溪外治方选》等，都是专门论述外治法的专著。尤其值得一提的是，清代外治宗师吴师机的专著《理瀹骈文》的出现，使脐疗发展到了更臻于完善的地步。在脐疗理论方面，吴师机对脐疗的作用机理、药物选择、用法用量、注意事项及辨证施治等方面，都从理论上作了系统的阐述，使脐疗形成了独特的理论体系。认为“中焦之病，以药切粗末炒香，布包敷脐上为第一捷法。”此法可“转运阴阳之气”，因而“此法无论何病，无论何方，皆可照用。”在临床治疗方面，记载有贴脐、填脐、纳脐、涂脐、敷脐、掺脐、蒸脐、熏脐、灸脐等脐疗验方数百首之多，并用以通治一切内、外、妇、儿、五官、皮肤等科病症。吴师机对脐疗的精辟论述和宝贵经验，是对脐疗的重大贡献，至今仍有不可磨灭的指导意义，欲学习和研究脐疗者，《理瀹骈文》当为第一必读之书。

民国时期，盐山名医张锡纯《医学衷中参西录》用葱白和醋热熨脐部治疗肠结的方法，至今仍被许多医生或在民间仿效使用。

建国以后，随着中医事业的发展，脐疗在理论探讨和临床应用方面都有了不少发展和创新。但在70年代前，却较少有人问津，至70年代末和80年代初，人们才又开始逐渐重新发现和注意到了这一宝贵遗产，尤其是近几年来，越来越多的人开始意识到了脐疗的优越性，有关脐疗的文献出现了爆炸式增多的趋势，并有了《中医脐疗大全》等十余部脐

疗专著及“505神功元气袋”等众多脐疗外用保健、治疗产品的问世。

二、脐与全身的全息关系

所谓“全息”，是指人体部分与部分、部分与整体之间信息全息相关的一种自然属性。包含有整体全部信息的部分组成不同的全息元。

全息元在不同程度上是整体的缩影。我们身体上的眼、耳、鼻、口、舌、手、足等部分都是全息元，都在不同程度上是整体的缩影。那么，肚脐是不是一个全息元呢？

我们知道，“脐”是初生儿脐带脱落后遗留的一个瘢痕组织，但它是不是一个一般的瘢痕组织呢？我们认为，脐的存在并不是孤立的，而是与整个机体与脏腑器官一直保持着某种形式上的特殊联系的。我们都知道，在胎儿期，脐带是胎儿生活营养的唯一途径，也是母子之间信息相通的最重要途径，也就是说，脐部在胎儿期与胎儿整个机体是信息全等的。当胎儿发育成熟后自然分娩，故有“瓜熟蒂落”的说法，因此古人又称“脐”为“命蒂”。胎儿出生后，脐带脱落，原来的形式已不存在，但它实际上不过是换了另一种形式继续存在着与整个机体的联系。正如古井氏所说：“已经发育成熟的成人经络，就包含着自从发生到完成个体之间的各种分化、退化、变化的一切历史过程。所以象韧带，以其已经退化而看作没有价值了，这是个错误。不过是换了个目的而生活着的。”脐部是一个具有独特的解剖结构和独特作用的整体的一个相对独立的部分，它与整体有广泛性联系，因而“脐”就是一个全息元。

实际上，早在《难经》，就已经对五脏六腑在脐部的全息对应部位有了明确记载。如《难经·十六难》记载：

“假令得肝脉，其外证善洁，面青，善怒；其内证脐左有动气，按之牢若痛；其病四肢满，闭淋，溲便难，转筋。有是者肝也，无是者非也。”

假令得心脉，其外证面赤，口干，喜笑；其内证脐上有动气，按之牢若痛；其病烦心心痛，掌中热而惋。有是者心也，无是者非也。

假令得脾脉，其外证面黄，善噫，善思，善味；其内证当脐有动气，按之牢若痛；其病腹胀满，食不消，体重节痛，怠惰嗜卧，四肢不收。有是者脾也，无是者非也。

假令得肺脉，其外证面白，善嚏，悲愁不乐，欲哭；其内证脐右有动气，按之牢若痛；其病喘咳，洒淅寒热。有是者肺也，无是者非也。

假令得肾脉，其外证面黑，善恐欠；其内证脐下有动气，按之牢若痛；其病逆气，少腹急痛，泄如下重，足胫寒而逆。有是者肾也，无是者非也。

以上记载，就已经明确指出了脐与全身的全息关系，即：

脐左对应于肝。肝病可在脐的左部按压到动脉的搏动或有结节条索状物，并有显著的压痛。

脐上对应于心。心病可在脐的上部按压到动脉的搏动或有结节条索状物，并有显著的压痛。

当脐对应于脾。脾病可在肚脐正中按压到动脉的搏动或有条索结节状物，并有显著的压痛。

脐右对应于肺。肺病可在肚脐右部按压到动脉的搏动或有结节条索状物，并有显著的压痛。

脐下对应于肾。肾病可在肚脐下部按压到动脉的搏动或有结节条索状物，并有显著的

压痛。

我们发现，动脉的搏动和压痛在旁开肚脐一厘米左右，为一平方厘米左右的区域。

那么，脐与全身的对应关系为什么是如此组合排列的呢？为解决这一问题，我们不妨从“脐疗与太极——命（门）——元（气）——气（化）学说”的角度入手。

太极、元气本系易学术语，如《易·系辞》：“易有太极，是生两仪，两仪生四象，四象生八卦。”太极，即指元气，元气为气化之始，万物化生之源。太极、元气在易学中的地位是无以伦比的；中医的命门、元气和气化学说，就是古代医家在“天人相应”思想的指导下，将易学之太极、元气学说移植于医学理论之中而产生的。

古人认为：“人人有一太极，物物有一太极”（《朱子类语》）。那么，人的太极在那儿呢？按理，肾为先天之本，应为太极，但肾为有形体的实质脏腑，不符合“太极有名而无形”的原则。于是，古代医家便把两肾之间这一有名而无形的部位喻为人身之太极和命门，而这一部位则恰恰是肚脐部位的深处。如《难经·八难》：“诸十二经脉者，皆系于脐下生气之原；所谓生气之原者，谓十二经脉之根本也，谓肾间动气也；此五脏六腑之本，十二经脉之根，呼吸之门，三焦之原。”《难经．六十六难》亦曰：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经脉之根本也。”明·孙一奎《医旨绪余》曰：“命门乃两肾中间之动气，非水非火，乃造化之枢纽，阴阳之根蒂，即先天之太极，五行由此而生，脏腑以继而成。”明·赵献可《医贯》曰：“命门在人身之中，对脐附脊骨”、“乃一身之太极，无形可见，两肾之中，是其安宅也。”明·张景岳《类经附翼》曰：“人之初生，生由脐带，脐接丹田，是为气海，即命门也……夫生之门即死之户，所以人之盛衰安危皆系于此者，以其为生气之源，而气强则强，气衰则病，此虽至阴之地，而实元阳之宅”可见，肚脐部位便恰是人体太极和命门所在之处。

易者，易也，为天地之易；医者，易也，为身心之易。《易》之太极是宇宙阴阳气化的缩影；而肚脐“居中立极”，则是人体阴阳气化之总枢。如《素问·至真要大论》曰：“气之上下何谓也？歧伯曰：身半以上，其气三矣，天之分也，天气主之；身半以下，其气三矣，地之分也，地气主之；……所谓天枢也。”王冰注曰：“当伸臂指天，舒足指地，以绳量之，正中当脐也，故又曰半。”张志聪注曰：“夫所谓枢者，上下交互而旋转也，故在天地乃上下气交之中名天枢，在人身以身半之中为天枢也。”《素问·六微旨大论》亦曰：“天枢之上，天气主之；天枢之下，地气主之；气交之分，人气从之，万物由之。”可见肚脐部位是人体气机升降出入的总枢。故《理瀹骈文》亦曰：“（在肚脐）炒熨、煎抹与敷之法，可以升降变化，分清浊而理阴阳。”“炒熨、煎抹与敷之法枢也，在中兼表里者也，可以转运阴阳之气也。”

五脏六腑在肚脐的对应部位，则恰好符合了太极八卦之理。即东方甲乙木，肝属木升于左而配震卦；西方庚辛金，肺属金降于右而配兑卦；南方丙丁火，心属火在上而配离卦；北方壬癸水，肾属水在下而配坎卦；中央戊己土，脾属土在中而配坤卦。

运用太极，气化理论研究脐疗，是一个古老而又新生的课题，很值得进一步研究探索，相信会有新的发现。

三、脐疗的功用与适应症

脐疗的临床功用与适应症非常广泛，根据古今文献和我们临床应用的体会，脐疗对消化、呼吸、泌尿生殖、神经、心血管等系统均有作用，并能增强机体的免疫力，可广泛用

于内、外、妇、儿、五官、皮肤等科一百多种疾病的治疗，并可用于养生保健。概括地说，脐疗的功用和适应症如下：

（一）回阳苏厥，息风固脱：脐“虽至阴之地，而实元阳之宅。”人有阳气则生，无阳气则死，故灸脐法对虚脱、昏厥、中风昏迷等急症，每有回阳救急之功。一般多用隔盐灸脐法。

（二）健脾和胃，升清降浊：脐居中焦，位于大腹中央，为经络和气化的总枢，脐疗可增强脾胃的功能，使清阳得升，浊阴得降，故临床上对胃痛、痞满、呕吐、泄泻、痢疾、纳呆等病症有较好疗效。

（三）调理冲任，温补下元：脐通冲、任、督、带四脉，冲任督带与生殖及妇女的经、带、胎、产息息相关。故脐疗在临床上可用于遗精、阳萎、早泄及妇女月经不调、痛经、崩漏、带下、滑胎、不育等疾患。

（四）通调三焦，利水消肿：三焦为水火气机运行之道，脐居中枢，可转运阴阳之气，激发三焦的气化功能，临床上可用于小便不通、腹水、水肿、黄疸等病症。

（五）通经活络，理气和血：脐通全身经脉，脐疗可使全身经脉通畅，气血调和。临床上可治疗痹证及诸痛证。

（六）敛汗安神，固精止带：脐疗能收敛人体的精、气、神、津。临床上可治疗自汗、盗汗、遗精、滑精、惊悸、失眠、带下等病症。

（七）扶正祛邪，养生延年：脐为先天之命蒂，又为后天之气舍，具有补脾胃、益精气之功，为保健要穴。脐疗可增强人体抗病能力，有却病保健，益寿延年之功。临床上可用于虚劳诸疾和预防保健。

四、脐疗的优点与注意事项

（一）脐疗有以下优点

1. 脐疗的操作方法非常简便易学，除急性病症外，一般3～5天换药一次，省去了煎药、服药等的麻烦，医者可用，患者也可以自疗，便于推广普及。

2. 脐疗的适应症很广，对内、外、妇、儿等临床各科的常见病和多发病都可以应用，并且具有取效快，疗效高的特点，不仅一方可以治多种病，而且一病可用数方。

3. 脐疗的给药途径特殊，患者无痛苦，避免了口服及注射给药的缺点，对于那些打针怕痛、针灸怕针、吃药怕苦、服药易吐的患者，以及不能服药的病症，尤为适宜。

4. 脐疗所用药物大都是普通中草药和家庭常备的食物（如葱、姜、花椒等），药源广泛，取材方便，且每次用量很小（一般1～10克左右），故价格低廉，节省药材。

5. 脐疗属于外治疗法，一般无毒副作用，即使在治疗中万一发生意外反应，也可随时去掉或更换药物，所以比较安全可靠。

6. 脐疗常用方药可配好贮存备用，一旦需要，随时可用，故有利于危急病症的抢救和治疗。

（二）运用脐疗时应注意以下几点

1. 一般宜采用仰卧位，充分暴露脐部，以方便取穴、用药与治疗。

2. 脐孔内常有污垢，应用脐疗时，一般应先用75%的酒精棉球对脐部进行常规消毒，以免发生感染。

3. 脐疗用药虽有自己的特点，但一般情况下仍宜辨证用药，方能提高疗效。

4. 脐部皮肤娇嫩，在用有较强刺激性的药物时，或隔药灸脐法壮数较多时，宜先在脐部涂一层凡士林（或其它油脂亦可）后再用药或治疗，可避免脐部皮肤起泡。在给小儿用药时尤应注意到这一点。

5. 脐疗给药时一般用胶布或伤湿止痛膏等固封，个别患者会对胶布等发生过敏反应，可见局部瘙痒、红赤、丘疹等现象，可暂停用药，外涂肤轻松软膏，待脱敏后再继用，也可改用肤疾宁膏或纱布包扎固定。

6. 由于脐部吸收药物较快，故用药开始几天内，个别患者（尤其用走窜或寒凉药物时）会出现腹部不适感或隐痛，一般过几天会自行消失。

7. 慢性病和预防保健应用脐疗药物时，宜采用间断用药的方法，如二次换药之间宜间隔半天或一天，每个疗程间可休息3～5天，一般不应长期连续使用，以免引起脐部过敏反应。

8. 孕妇若非治疗妊娠诸疾，宜慎用脐疗，有堕胎或毒副作用的药物更当慎用或禁用。

第二节　脐疗的治病原理

几千年的临床实践已经证明，脐疗可以通治全身100多种病症，这是全身其它任何穴位所无法比拟的，这一事实，就足以告诉我们脐疗应该有并且也必须有其充实的理论基础，当然，我们完全可以从全息的角度来理解这一问题。下面我们再从其它几个方面谈一谈脐疗的治病原理。

一、经络理论

脐疗大体上可归属于祖国医学“灸法”的范畴，同针灸疗法一样，它是根据祖国医学经络理论而形成的。

经络是特有的人体组织结构和组成部分之一；是人体运行气血的通道，是沟通内外、上下的一个独特系统，它内属于脏腑，外络于肢节，无处不到，遍布全身，人体之所以是一个以五脏为中心的有机统一体，就是因为有经络的联属。经络系统包括十二经脉、奇经八脉、十二经别、十五络脉，及其外围所连系的十二经筋和十二皮部。其中十二经脉是其主体，奇经八脉具有沟通、联络十二经脉的作用，可以主导调节全身经脉和脏腑气血的盛衰。

脐，即是奇经八脉之一“任脉”上的一个重要穴位，又名神阙、脐中、气舍、维会、命蒂、环谷、前命门等。从经络理论看，脐既与十二经脉相通，也与十二脏腑和全身相连。

（一）历代医籍对脐通周身经脉脏腑的论述

成书于战国时期的经典著作《内经》，对脐的论述颇多。其中有脐与十二经脉的联系，脐与五脏六腑之间的相互关系等。尤其是在《素问·六微旨大论》、《素问·至真要大论》、《灵枢·九针十二原》、《灵枢·卫气》等篇章中反复强调了“脐”这一特殊部位的重要性，认为可以“主治五脏六腑之有疾”。

《内经》之后的《难经》，在八难、十六难和六十六难中明确指出：“十二经脉皆系于脐下生气之原”，脐下肾间动气为“五脏六腑之本，十二经脉之根”；“主通行三气，经历于五脏六腑”；并详细论述了五脏六腑在脐周的缩影（对应）部位。这是脐通周身脏腑经

脉的最早论述，也是对脐疗理论的重大贡献。

明·龚廷贤《万病回春》载有“彭祖小接命熏脐秘方”，认为人在母腹中时，“四门皆闭，九窍不通，惟有其脐则与母气相通，母呼则呼，母吸则吸。”在脐部神阙穴以“如豆大艾炷灸之，百脉和畅，毛窍皆通，上至泥丸，下至涌泉……”指出肚脐是胎儿在母腹内与母体相通的唯一通道，人出生后，脐部仍然与周身上下息息相通。

清·吴师机《理瀹骈文》，深得《内经》、《难经》之旨，对脐部的重要性及与周身脏腑经脉的联系从理论上作了较为系统的阐述，认为脐疗不仅是治疗中焦病症的第一捷法，而且起到“枢也，在中兼表里者也，可以转运阴阳之气也”之整体通达和调整作用，因而“此法无论何病，无论何方，皆可照用。”另外，由清朝政府组织编写的《医宗金鉴》中，明确指出神阙穴能“主治百病”，足见当时脐通全身说已被宫廷自觉或不自觉地在实践中证实并接受了。

（二）脐通周身经脉脏腑的经络学依据

1．脐通过奇经八脉与十二经脉相通　奇经八脉指督、任、冲、带、阴跷、阳跷、阴维、阳维八条经脉。其中有四条经脉直接到脐。

一是任脉，脐即在任脉循行线上。

二是督脉，《素问·骨空论》：“其少腹直上者，贯脐中央，上贯心，入喉……”

三是带脉，《灵枢·经别》：“当十四椎，出属带脉”《经络学》：带脉“横绕腰腹周围，前平脐，后平十四椎”。

四是冲脉，《素问·骨空论》：“冲脉者，起于气街，并少阴之经挟脐上行，至胸中而散。”

任脉为“阴脉之海”，能“总督诸脉”，对全身阴经脉气有总揽、总任的作用，其脉气与手足各阴经相交会。足三阴经与任脉交会于关元、中极；阴维与任脉交会于天突、廉泉；冲脉与任脉交会于阴交；足三阴经上交于手三阴经，故任脉联系了所有阴经，也就是说，脐通过任脉与全身的阴经相联通。此外，据李时珍《奇经八脉考》，任脉会足少阳于阴交；会手太阳、少阳、足阳明于中脘；会手足阳明、督脉于承浆。脐又可通过任脉与小肠经、三焦经、大肠经、胆经、胃经、督脉等相联通。

督脉为“阳脉之海”，能“总任诸阳”，它的脉气多与手足三阳经相交会（大椎穴是其集中点）；又，带脉出第二腰椎，督脉与阳维脉交会于风府、哑门。故脐可通过督脉与诸阳经相联系。

带脉横行于腰腹之间，能“约束诸经”，足部的阴阳经脉都受带脉的约束。又，由于带脉出自督脉，行于腰腹，腰腹部是冲、任、督三脉脉气所发之处。故脐可通过带脉与足三阴经、足三阳经以及冲、督相联系。

冲脉上至头，下至足，贯穿全身，为“十二经之海”，“五脏六腑之海”，能调节十二经气血，其脉气在头部灌注诸阳，在下肢渗入三阴，并与肾、胃经相并上行，故脐可通过冲脉与十二经脉相通。

总之，任、督、冲“一源而三岐”，任、督、冲、带四脉脉气相通共同纵横贯穿于十二经之间，具有调整正经气血的作用，故脐可通过奇经八脉通周身之经气。

2．脐与五脏及其经脉相通　脐与心相通，《灵枢·经筋》：“手少阴之筋……下系于脐。”《素问·骨空论》：“（督脉）其少腹直上者，贯脐中央，上贯心。”《会元针灸学》：“神

阙（脐）者，神之舍也，心藏神，脐为神之舍。”《经穴的考察》：“神阙：神是心灵、生命力，阙是君主居城之门，为生命力居住的地方。”可见，脐与心脏、心经相通。

脐与肝相通：《灵枢·营气》：“上行至肝……其支别者，上额，循巅，下项中，循脊入骶是督脉也，络阴器上过毛中，入脐中。”另据《经络考辨》：肝脉过脐。又，据解剖学：脐下腹膜有丰富的静脉网，联结于门静脉（肝脏），在胎儿时期，脐静脉直达肝脏。可见脐与肝脏、肝经相通。

脐与脾相通：《灵枢·经筋》：“足太阴之筋……聚于阴器，上腹结于脐。”冲脉挟脐上行，脾经之公孙穴通于冲脉。又，脾为后天之本，而脐为后天之气舍。

脐与肺相通：《灵枢·营气》：“故气从太阴出……入脐中，上循腹里，入缺盆，下注肺中，复出太阴。”又，肺脉属肺，下络大肠，而《灵枢·肠胃》：“回肠当脐”，另据经脉循行，足少阴经挟脐上行，入肺中。此外，脐属任脉，而肺经之络穴列缺通于任脉。故脐与肺脏、肺经相通。

脐与肾相通：《灵枢·经别》：“足少阴之正……上至肾，当十四椎，出属带脉。”而带脉前平脐部，故肾与肾经可通过带脉通脐。又，肾脉挟脐上行，肾为先天之本，脐也为先天之本。《道藏》曰：神阙“为心肾交通之门户”。

3．脐与六腑及其经脉相通　表里脏腑经脉之间的络属关系，决定了脐既然与五脏相通，也就必然与六腑相通。

脐与胃相通：脐当胃下口。《灵枢·经脉》：“胃足阳明之脉……下挟脐。”《难经·二十七难》：“冲脉者，起于气冲，并足阳明经夹脐上行，至胸中而散也。”脐属任脉，《奇经八脉考》曰：任脉“会足阳明于中脘”。据《经络考辨》：胃之内行线与无穴外行线过脐。

脐与胆相通：脐属任脉，任脉会足少阳于阴交；督脉贯脐中央，督脉会足少阳于大椎；带脉过脐，会足少阳于五枢、带脉、维道，且足少阳胆经的足临泣穴通于带脉。故脐可通过任、督、带脉与胆腑及胆经相通。

脐与大肠相通：脐之深部直接与大肠相连接。《灵枢·肠胃》：“回肠当脐。”《幼科大全·论脐》：“脐之窍属大肠。”

脐与小肠相通：《灵枢·肠胃》：“小肠后附脊，左环回周迭积，其注于回肠者，外附于脐上。”脐属任脉，《奇经八脉考》曰：任脉“会手太阳于中脘。”又，据《经络考辨》：小肠经过脐。督脉贯脐中央，会手太阳于大椎，且手太阳小肠经的后溪穴通于督脉，故脐与小肠腑、小肠经相通。

脐与三焦相通：《难经·六十六难》：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本，故名曰原。三焦者，原气之别使也，主通行三气，经历于五脏六腑。原者，三焦之尊号也，故所止辄为原。”《难经·三十一难》：“中焦者……其治在脐旁；下焦者……其治在脐下一寸。故名曰三焦。”脐属任脉，《奇经八脉考》曰：任脉“会手少阳于中脘”。另据《经络考辨》：三焦经经过神阙穴。故脐与三焦腑、三焦经相通。

脐与膀胱相通：《灵枢·经别》：足少阴经别“别走太阳而合……出属带脉。”带脉过脐，故足太阳膀胱经可通过带脉与脐相通。督脉“贯脐中”，《奇经八脉考》曰：督脉“与太阳中络者合足少阴上股内廉。”故脐可通过督脉与膀胱腑、膀胱经相通。

4．经络感传证明脐直接与全身经脉相通　有人在经络敏感人体上针刺其神阙穴时发现，针刺神阙穴能引出不少经络感传路线，其大体可分为三类：一是纵行的主干，呈双向

贯注循行任脉通督脉；二是横行双向贯注的环行路线，为沟通神阙穴与命门穴的一条捷径；三是由神阙穴向胸腹壁斜行双向贯注的放射状路线，这些感传路线分布严正，排列规则，分布联系范围广泛，这说明脐与全身经脉相通。

综上所述，由于经络系统内外上下贯穿，脐联络了全身上下内外各个部位，因为"经脉所通，主治所及"，所以脐疗能通治全身各种病症。据此，我们可以提出一个重要的论断——脐通五脏六腑和十二经脉论。这一论点的确立，可为脐疗通治全身各种病症提供坚实的经络学依据，其意义是重大的。

二、现代医学理论

解剖学表明：脐在胎儿时期，表面包有羊膜，内有一对脐动脉、一条脐静脉以及结缔组织。胎儿出生时切断脐带包扎后，脐动脉与脐静脉逐渐封闭。脐静脉在脐到肝的一段成为肝圆韧带，肝后缘到下腔静脉间的一段成为静脉韧带。脐动脉封闭后所残存的遗迹居脐外侧壁之中，成为脐外侧韧带。脐的结构从外至内依次为皮肤、致密瘢痕组织、脐筋膜和腹膜壁层，脐的内部是小肠。脐部腹壁下有动脉和静脉分支。脐区是受第十肋间神经的前皮支的内侧支支配。

现代医学已经证明，药物完全可以从皮肤表面吸收。皮肤分表皮、真皮，皮下有脂肪组织；表皮又可分为五层，最外层为角质层。药物经皮肤吸收包括两个时相：一是穿透相，即药物通过皮肤表面结构角质层和表皮，进入细胞外间质；二是吸收相，即药物分子通过皮肤微循环，从细胞外液迅速地弥散入血循环。穿透相比较复杂：角质层是皮肤主要屏障功能，它能防止化学物质的穿透；角化细胞含有结构脂质和水溶性物质，能缓慢地吸收水分；细胞间隙充满着板层结构样脂质，控制着水溶性溶质的扩散。由此可见，水溶性和脂溶性的药物可经被动弥散、穿透角质渐渐被吸收。此外，皮肤附属器汗腺、毛囊皮脂腺也是药物吸收的通道，尤其是一些高分子物质。

不同体表部位的皮肤结构有一定差异，以致药物吸收程度也不一样。随着皮肤生理、生化和理化研究的进展，人们发现，肚脐具有皮肤菲薄、敏感度高、含有大量微血管、渗透力强、吸收力快等特点。脐在胚胎发育过程中为腹壁最后关闭处，表皮角质层最薄，屏障功能最弱，药物最易穿透弥散，并且脐下无脂肪组织，皮肤和筋膜、腹膜直接相连，故药物分子较易通过脐部皮肤的角质层，进入细胞间质，迅速弥散入血而通达全身。

脐皮肤除了一般皮肤所具有的微循环外，脐下腹膜还布有丰富的静脉网，浅部和腹壁浅静脉、胸腹壁静脉相吻合，深部和腹壁上下静脉相连，腹下动脉分支也通过脐部，可见药物在脐皮肤经过穿透相后，直接扩散到静脉网或腹下动脉分支而入体循环。所以药物经脐皮肤吸收比较迅速。脐动脉结构的特殊之处，如 Horsh 等在动脉粥样硬化病人的动脉内膜，用^{14}C-亚油酸和^{14}C-胆固醇为底物测定胆固醇脂化时发现，该脂只分布于动脉壁细胞内外胆固醇堆积处，脐动脉壁细胞没有这种酶进行的胆固醇脂化作用，可见动脉粥样硬化病人的脐动脉壁没有胆固醇堆积，故认为脐动脉 结构特殊，这种特殊结构可能为药物迅速吸收的有利条件。

上述脐静脉网向后向上，由附脐静脉联结于门静脉，药物吸收经脐静脉网，有可能通过附脐静脉经门静脉到达肝脏，药物经脐皮肤吸收进入肝代谢分解可以认为是很少的，所以药效也不致降低。

此外，药物调敷脐部后，外加胶布等固封，可增强药物和皮肤的水合作用而有利于吸

收。脐疗用药多以“气味俱厚”者炒香研末，“炒香则气易透”，可促使药物吸收。

从解剖部位看，脐部靠近腹腔和盆腔，此处有腹腔丛、肠系膜间丛、腹下丛及盆腔丛等植物神经的主要神经丛存在，还有最主要的神经节，如腹腔节、肠系膜节、主动脉肾节、肠系膜下节等。它们支配腹腔和盆腔内所有的脏腑和器官。刺激神阙可能通过神经体液的作用而调节神经、内分泌和免疫系统，从而改善各组织器官的功能活动，促使其恢复正常。如有报道认为，神阙穴有抗炎、灭菌、增强机体免疫监视功能，提高小鼠 NK 细胞（自然杀伤细胞）活性水平，并认为灸神阙穴之所以起到抗病以及强身保健作用，其机理之一可能是通过提高 NK 细胞活性实现的（《针灸学报》1990 年第 4 期）。又如，灸脐可治疗晕厥、昏迷、休克，说明刺激神阙有强心、兴奋大脑和改善微循环的作用；药物敷脐可治疗各种虚汗、神经性呕吐等症，说明刺激神阙有调整植物神经功能失调的作用；可治疗阳萎、不育等病症，说明刺激神阙可调整内分泌紊乱；拔火罐可治疗荨麻疹和过敏性哮喘，提示刺激神阙可作用于免疫系统，抑制过敏反应……。

可见，脐部既是人体最重要的部位，也是最敏感、最有利于药物渗透和吸收的部位。

三、数学理论（黄金分割定律）

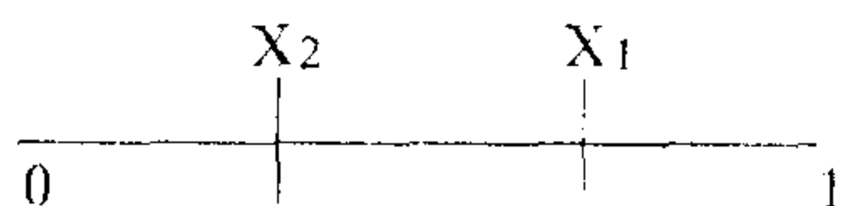
现代数学理论证明，0．618 是一个非常奇妙的数字，它无处不在，远至古埃及的金字塔、古希腊的他侬神庙、印度的泰姬陵、巴黎的埃菲尔铁塔，近到我们身边的每一片树叶、我们身体的各个部位……竟然处处蕴含着这种比，0．618 这一位置，因为有着不可思议的特殊重要性，故被誉为“黄金点”。

至今，我们大都知道著名数学家华罗庚教授的后半生曾致力于“优选法”的研究和推广应用。实际上，“优选法”就是黄金分割定律——0．618 在工农业生产和科学实验中的具体运用。

以穴位为治疗点的中国针灸疗法，其基本的治病道理就是“经脉所通，主治所及”，然而令人迷惑不解的是，同样是在同一条经络上的穴位，为什么有几个穴位如神阙、涌泉、劳宫、印堂等竟然会治疗百病？其实从数学的角度看，其道理很简单——这几个穴位恰好就在人体的“黄金点”上。肚脐即是如此，如有人用“黄金律”来测量人体，结果有了惊奇的发现：从肚脐到脚的长度与人体长度的比值，恰好等于 0．618，也就是说，肚脐正位于人体的“黄金点”上！

按照数学理论，“黄金点”是调整人体的最佳作用点。其数学证明如下：

我们把（0，1）比作人体，在（0，1）上选择寻找对人体的最佳调整点（穴位）。先取一点 X_1 做试验，再取点 X_2 做试验，比较结果好坏，沿“坏点”剪去一段，范围缩小了，而最好点不会丢失。问题是 X_1 与 X_2 取在哪里最好。当只做过 X_1 和 X_2 的试验，X_1 和 X_2 的结果哪个好是不知道的，也即 X_1 点比 X_2 点好和 X_2 点比 X_1 点好的可能性是相同的。因此，去掉（0，X_2）段和去掉（0，X_1）段的可能性是相同的，这便要求它们一样长：



$$X_2 = 1 - X_1 \cdots\cdots\cdots\cdots (1)$$

意即 X_2 是（0，1）依中对折时 X_1 的对折点。

另外，先做X_1，再做X_2后，如果X_2点好，则留下（0，X_1）段，其中X_2点已做过试验，它与原来（0，1）中已做过X1点的情况相仿。也就是说，X2在（0，X_1）中的位置，与X_1在（0，1）中的位置一样，即比例相同：

$$\frac{X_1}{X_2}=\frac{X_1}{1}$$

或 $$X_2=X_1\cdot X1\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\quad(2)$$

将（1）代人（2），得方程：

$$X_1+X_1-1=0$$

解方程，取其正根：

$$X_1=0.618033989\cdots\cdots$$

且： $$\frac{X_2}{X_1}=0.618033989\cdots\cdots$$

四、气功理论

古今中外的医家或气功家都认为“丹田”的位置在“脐下”，而对“脐下”两字却有不同的理解。一部分认为是仰卧位的“脐下”，即脐的深部，如道家气功多以脐为丹田，现在的“脐密功”等也以脐为丹田。另一部分认为是站立位的“脐下”，此又有分歧：或曰脐下1．5寸气海穴为丹田，或曰脐下2寸的石门穴为丹田，或曰脐下3寸的关元穴为丹田。我们认为，以脐的深部为丹田是正确的。如有人为了探索丹田的部位，在针灸实践中发现多次接受针刺的经络敏感人，其经络感传速度快，感传部位远，且有针一穴能同时贯穿诸经的现象。于是选择3例经络敏感人作观察对象分别对其气海、石门、关元和神阙等穴，进行了反复的针刺（深度为1寸）探测。发现针刺前3穴时，除激发循任脉的感传线外，未发现其它感传路线；而在针刺神阙穴时，却可引出许多感传路线（详见本节一、经络理论）。从而提示“脐下”即神阙穴的深部，这样，练功导气就能通过神阙穴的感传路线而通达全身，起着对整个机体的调整作用。

《道藏》曰：“脐为后天之气舍。”古人又曰：“真阳在，人命在，真阳散，人即死，故脐为命之蒂。”此之真阳，即婴儿出生断脐后从母体带来的一点先天之气（元气），此气在人出生后即归入脐内，所以，练气功者就是要意守脐部练这点先天之气。

意守脐部（丹田），可诱导人脑入静，再则，由于脐部独特的解剖部位的重要性，意守脐部能改善腹部的血液循环，促进腹式呼吸甚至胎息的形成，以调整植物神经和内脏的活动，从而强壮身体，防治疾病。

在脐部外敷药物或给予一些刺激（如艾灸、按摩等），实际上也是间接地起到了意守脐部丹田的作用。

此外，丹田有上、中、下之分，上丹田即两眉之间的印堂穴；中丹田即肚脐神阙穴；下丹田即脚心涌泉穴。我们平常所说的丹田即指中丹田而言。而值得注意的是，上、中、下三个丹田均位于人体0．618的位置上，都是人体的“黄金点”（印堂穴是头部的黄金点，涌泉穴是足部的黄金点，详见高树中《中医足心疗法大全》和《中医手心疗法大全》济南出版社1995年1月）。

丹田有上、中、下之分是中国古代传统文化思想——天地人三才观在气功中的具体体现。中国古代的传统文化思想认为，人生活于宇宙之中，上有天，下有地，天地人是一个

有机的统一整体。如《周易·说卦》曰："立天之道，曰阴与阳；立地之道，曰柔与刚；立人之道，曰仁与义；兼三才而两之，故易六画而成卦。"老子《道德经》曰："人法地，地法天，天法道，道法自然。"《素问·宝命全形论》曰："夫人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人。""人以天地之气生，四时之法成"。正因为人与天地息息相通，"人身小天地，天地一小人"，所以上丹田在人体的上部以应天，又名天目；下丹田在人体的下部以应地，又名地冲；中丹田在人本的中部以应人，又名命舍。

五、系统论

系统论是20世纪四大科学成就的主要内容之一，运用系统论来研究中医是80年代以来开辟的一个新的研究领域。对其重要意义，著名科学家钱学森教授说："把中医固有理论和现代医学研究用系统论结合起来，那么，在马克思主义哲学的指导下，（中医）一定能实现一次扬弃，搞一次科学革命。"

系统论认为，人是有机的自然系统，是在"自己运动中"自我完成的，人这一系统的有序稳定的建立、维持和破坏，是系统（人）在内外涨落的推动下"自己运动"的结果和表现。所以，"中医治疗的一个首要特点，是重视和依靠机体的自组织过程的主体性加工，才反应出病、不病、何病；同样，一切外来的治病手段，也要通过机体的自组织过程的主体性加工，才反应出效、不效、何效。故治疗的中心环节，应是如何调动、增强机体的自组织能力，通过其主体性和有目的地恢复有序稳定的活动，达到病愈的目的。"（祝世讷《中医系统学导论》）。

脐疗实际上就是一种外加的人工涨落，主要是通过触发、推动机体的自主性自组织活动而实现的，其本质是推动和促进机体进行自我调整。由于脐部通于全身经脉和五脏六腑，是人体的"黄金点"，与整个机体有非常密切的联系，并且对外来的各种刺激（外加的人工涨落）异常敏感，因而脐疗所用药物和对脐部的刺激等这些"外加的人工涨落"，就可以通过经络和神经体液对其"放大"和"增益"，触发和推动机体的自我调节能力，从而起到治疗全身各种病症的目的。

综上所述，脐疗的治病原理是复杂的，目前看来可能有如下三个方面：一是药物和其它治疗手段作用于脐部而产生的刺激和调整作用，二是药物经脐部皮肤吸收后所产生的药物本身的治疗作用，三是两者的综合作用，一般情况下，是两种作用的综合作用。这种综合作用是在触发、调动和增强机体的自组织能力的前提下（或同时）实现的，其实质是一种综合的调整作用。

第三节　脐疗的常用方法

脐疗的方法很多，分类也不一致。我们认为大体上可分为以下几种方法。

一、贴敷脐部法

贴敷脐部法是指将药物制成一定的剂型（如散、膏等）外敷于脐部的方法，是脐疗最主要和最常用的方法，又简称为贴脐法。贴脐法又可分为以下数法：

（一）填法：将药物填于脐内。多用散剂或丸丹剂，用药部位一般局限于神阙穴（脐孔）内。如附子填脐法。

（二）敷法：将鲜药（一般用植物药或虫类药）捣烂敷于脐部；或用干的药末用溶剂

（如水、醋、酒、蜜等）调和成膏状敷于脐部。用药部位可不局限于脐孔内，较填法用药范围大。

（三）覆法：将用量较多的药物捣烂或研末或调糊膏状，覆盖在脐部及脐周围，用药部位较大，已不局限于神阙穴。

（四）涂法：将药汁、药膏、药糊等涂擦于脐部。如软膏涂脐法。

（五）滴法：将药汁（或煎汁或捣烂取汁，或用水等）根据病情需要温热或冰凉后，一滴滴徐徐滴入脐内，以达到治疗的目的。常用于治疗热证神昏或小便不通。如古通关法。

（六）熨法：用药物切粗末炒热布包，乘热外熨脐部。如平胃散炒热熨脐法。

（七）罨法：罨通“掩”，遮盖之义。罨法是将药物罨盖于脐部并加以固定的方法。可分为干罨和湿罨两种。

（八）贴法：将药物制成膏药贴于脐部。如暖脐膏贴脐法。从广义上讲，凡用药物外敷于脐部的各种方法统称为贴脐法。

（九）掺法：将药物少许研细末掺于膏药上，外贴于脐部的方法。多与贴脐法一起使用。

二、灸疗脐部法

灸，是灼烧的意思。灸疗是利用燃烧某些材料产生的温热，或利用某些材料直接与皮肤接触来刺激身体的一定部位（穴位）而防治疾病的方法。因灸用材料多用艾，故可分为艾灸法和非艾灸法。在脐部运用灸疗的方法，称为灸疗脐部法，简称灸脐法。灸脐法又可分为以下数法。

1. 悬起灸：点燃艾条，手持之在脐部上方悬起灸之，距离以脐部觉温热但又能耐受为度。根据手法不同，又可分为温和灸、回旋灸和雀啄灸。

2. 隔物灸：先在脐部或脐内放置药物，再放艾炷或艾条（一般多用艾炷）灸之，即艾炷与穴位皮肤之间有药物间隔。脐疗常采用隔物灸，如隔盐灸脐法、隔附子饼灸脐法、隔葱灸脐法等。

3. 蒸脐法：又称为熏脐法、炼脐法、温脐法。是将药物（多为复方）研细末填满脐部，上置灸炷灸的一种方法（古人用时多在艾炷与药物之间放置槐皮）。多用于虚证、泌尿生殖系统疾病和用于养生保健。如太乙真人熏脐法、彭祖小接命蒸脐法、温脐种子法等。确切地说，蒸脐法也属于隔物灸法。

4. 熨灸：将艾绒平铺于脐部，再盖几层布，用熨斗在上面熨之，可发挥热熨与艾的双重作用。常用于虚寒、痿、痹等证。

5. 日光灸：将艾绒平铺在脐腹部，在日光下暴晒的方法，既有日光浴，又有艾的作用。常用于虚寒腹痛、慢性虚弱疾病、小儿缺钙、皮肤色素变性等。据记载，此法有效。如《续名医类案》：“赵从先治保义郎顿公，苦冷疾，时方盛暑，俾就屋开三天窗，于日光下射处使顿公仰卧，操艾遍铺腹上，约数斤，移时日光透脐腹，不可忍，俄尔腹中雷鸣下泻，口鼻皆浓艾气而止。明天复为之。如是一月，话良已。乃令满百二十，气宿疴如洗，壮健如少年时。赵曰：此乃真人秘诀也……日者，太阳真火，艾即遍腹，徐徐照射，入腹之功极大。”

6. 温灸器灸：用专门制作的灸疗器械在脐部施灸。温灸器械的种类很多，可根据不

同的情况选择使用。

以上六种方法都是用艾作为灸用材料的，均属于艾灸法。

7. 天灸：又名自灸，俗称为发泡疗法。天灸脐部法是用对皮肤有刺激性的药物敷贴于脐部，使局部充血、起泡有如灸疮，以其能发泡如火燎，故名曰灸。常用的药物有：白芥子、吴茱萸、甘遂、蓖麻子、大蒜等。如用白芥子末敷脐治疗腹痛，甘遂末敷脐治疗疟疾等。

我们发现，在运用隔物灸脐法或天灸法时，若先在脐部涂一层凡士林，则可避免灸后起泡。

三、拔罐脐部法

是在脐部拔火罐的方法，因拔罐古称"角法"，故拔罐脐部法又称为角脐法。角脐法是通过罐内负压，使被拔的脐部皮肤充血、瘀血，以达到防治疾病的目的。

角脐法的方法很多，常用的有：

1. 闪火法：用镊子挟酒精棉球一个，点燃后放罐内绕1—3周（勿将罐口烧热），然后将火退出，并迅速将罐扣在脐部。

2. 架火法：用不易燃烧和传热的物体，如瓶盖、小酒盅等，置于脐部，然后滴入95％的酒精数滴，或放入一酒精棉球，用火点燃后，迅速将罐扣于脐部。如无小酒盅等，也可用五分硬币一个，用一张64K大小的软纸一张包绕，上面捻成长条状，在其尖端醮少许95％的酒精（不可醮太多）后放置于脐部，用火点燃后再将罐扣下。

以上是两种最常用的方法，此外，还有滴酒法、贴棉法、投火法等。

角脐法可用于治疗荨麻疹、哮喘、胃痛、腹痛、腹泻等病症。但脐部拔罐时间不宜太长，脐部皮肤松弛者慎用此法。

四、按摩脐部法

是运用推拿方法刺激脐部，以防治疾病的方法。常用手法有：

（一）揉脐法：用拇指指端、或食指、或中指、或掌根部按附于脐部或脐周，作轻柔和缓的回旋揉动。

（二）摩脐法：用手掌掌面或食、中、无名指指面附着于脐部或脐周围，以腕关节连同前臂作环形的有节律的抚摩，摩动时要和缓协调，每分钟30—120次左右。关于旋转方向，古有左补右泻之说。

（三）按脐法：用拇指或食指或中指的指腹部向下垂直按压脐部或脐周围以有酸、痛、胀为度，一按一放，有节奏地接压100—300次。

按摩脐部法简便可行，可让患者自已进行按摩。主要用于治疗腹胀、腹痛、阳萎和预防保健等。

五、意守脐部法

意守脐部法是一种气功锻炼方法，又称为养脐法或炼脐法。意守时，可采取坐式或立式，也可采取仰卧式，全身放松，双目微闭，或状如垂帘，鼻端对准脐中，舌抵上腭，意守脐部。可同时默念或小声念口诀（俺！南无极！和神气，复无极！）。每次20分钟，并可逐渐增长至1小时左右，每天1—3次。可强身健体，益寿延年。

六、针刺脐部法

是在脐部或脐周进行针刺的方法。据《素问·气穴论》记载："脐一穴……凡三百六十

五穴，针所由行也。”说明了包括了神阙穴在内的三百六十五穴都是可以针刺的，并没有专门指出“脐一穴”是禁针的。但自《针灸甲乙经》以来，历代医家一直把脐之神阙穴列为禁针穴，并一直延续到现在的教科书中，认为“刺之令人恶疡溃，矢出者，死不治。”这恐怕与古代不注意消毒，且针具太粗有关。据钱志云等人介绍，自1969年以来，针刺神阙穴治疗各类疾病患者500人次，未见一例医疗事故，故确认神阙穴是可以针刺的。但针刺时应严格消毒，慎重用之。

现在临床上多采用经脐旁穴位（如气海、天枢等）透刺神阙穴的针法，既便于消毒、进针，又能增强疗效，扩大治疗病种，易被患者接受。

此外，脐疗的方法还有激光照射脐部法、神灯照射脐部法、药物注射脐部法等，因应用不多，故不详述。

第四节 常见病脐疗验方选

一、传染病

（一）细菌性痢疾 用诸葛行军散（生姜1.5克 硝石1克 牛黄15克 雄黄25克 硼砂13克 冰片15克 麝香15克 珍珠15克），共研为细末，装瓶密贮备用。脐孔常规消毒后，取上药适量，填入脐孔，以填满为度，上置姜片一枚（中央用针钻数小孔），用枣核大艾炷放姜片上灸5—9壮，灸毕，药末用膏药固定于脐内。一般灸5—7壮，患者即感腹内鸣动，有如一股暖气，如自脐部窜动，渐至满腹，全身感微汗而舒适无比，口鼻中自感有一股药味，此时，若原有四肢厥冷、转筋症状者，即可渐次缓解，腹痛亦由缓而止。

验案：黄某某，男，22岁，痢疾。1天。腹痛腹泻，里急后重，大便红白相杂，从昨下午至今晨已解10余次。查T39.4C，精神不振，呻吟不安，脉象濡数，舌苔白腻根厚。腹诊：脐周及少腹有压痛。当即针刺曲池，足三里以退热止痛，隔药灸神阙穴7壮。腹痛由缓而止。次日复诊，灸后解粘冻样大便4次，解时仍有腹痛，但较轻，T37.8C，继用上法灸三次而愈。

（二）麻疹：用活鸡一只，先将鸡肛门周围的毛拔掉，由患儿家长或护士把持鸡两翅及两足，使鸡肛门对准患儿肚脐坐上，方向是鸡头朝着患儿下肢，鸡即安坐不动，约经20—30分钟，鸡出现萎靡不振或张口喘促的现象，这时患儿的体温逐渐下降或抽搐减轻，有安然入睡的趋势，一般可连续罨放2—3小时，然后将鸡取下，频饮以清水，使其恢复健康状态再用，每天可1—2次，每次2—3小时。

（三）流感高热：用活癞蛤蟆一只，直接将其肚皮对准患者的肚脐贴上，过一小时解开，一般半天后即可降低体温。

二、内科病症

（一）呃逆：用三味止呃散（芒硝10克，胡椒40克，朱砂5克，共研细末，备用），敷于肚脐部。

验案：李某，男，35岁，干部。患出血热病25天，经治疗好转。于1984年9月20日中午突发呃逆，呃声频频，痛若难忍，去某县医院急诊三次，皮下注射阿托品，每四小时一次，肌注冬眠灵，一日四次，并辅以针灸治疗，仅控制半小时不复发。经半月反复治

疗无效，而且日趋恶化。诊视病人：身倦曲颈后仰，呃声低沉无力，气不得续，面色苍白，手足不温，纳少倦怠，头面冷汗出，胃脘部气聚如碗口大，烦而不安，易惊。舌淡苔白，脉沉弱。证属虚寒作呃，治宜温中散寒降逆，方以丁香散加味：丁香9克，柿蒂15克，陈皮9克，吴茱萸10克，肉桂10克，白蔻10克，水煎服。但服药3次均服而即吐，烦而不安，呃声不断，药难下咽，拒绝再服中药。乃急用三味止呃散敷脐，约40分钟而愈，随访未再复发。

（二）胃痛：用隔药灸脐法：黄芪、党参、丹参各15克，当归、白术、白芍、枳壳、生姜末各10克，升麻、柴胡各6克，鸡内金10克。共研焙干，研细和匀，装瓶备用。用时取药末10克左右填满神阙穴，表面呈直径约2—3厘米的圆形，再用胶布贴紧。每隔3天换药末1次，每天隔药艾灸1次（药与艾之间放一圆形金属盖）艾条长约1．5厘米，连灸3壮，一个月一疗程。用于脾胃虚寒型胃痛。

验案：黄某某，男，52岁，干部。几年来经常胃脘部隐隐作痛，喜温喜按，手足怕冷，泛吐清水，食后上腹饱胀，倦怠乏力，大便溏薄，舌淡边有齿痕，苔薄白，脉细弱。钡透及胃镜检查均为胃炎。曾有便血1次。经中西药物治疗未见好转，改用上法治疗，1个疗程后胃脘部隐痛及饱胀感消失，再治2个疗程，钡透及胃镜检查胃粘膜恢复正常。

（三）肝硬化腹水：鲜马蹄草100克，麝香少许。先将麝香放脐内，再将马蹄草捣烂敷于肚脐部。

验案：高某某，男，66岁。有肝炎病史。消瘦，腹部膨隆，腹壁静脉怒张，肝肋下2厘米，剑突下4厘米，表面结节感，压痛（十），脾肋下4厘米，腹水征（十）。诊断为1、肝硬化（失代偿期），2、肝癌。经支持、西药利尿治疗效果差，腹胀日甚，尿量24小时低于400毫升，肌酐和尿素氮明显升高。后用马蹄草敷脐，尿量增加到1000毫升以上，肌酐、尿素氮降至正常。

（四）腹泻：肾泻散（吴茱萸、补骨脂、五味子、生硫黄各30克，带根须葱白10根）。将葱白切碎、余药共为粗末。将上药放铁锅内，加黄酒适量炒热，纱布包裹，热熨神阙穴，每次30分钟，每日1—2次，1剂药可用3天。用于慢性腹泻或五更泻属脾肾阳虚者。

验案：王某某，女，35岁，农民。五更泻4年余。患者每于晨起5～6时许即腹痛欲泻，泻后痛止或痛减，小腹怕凉，喜温；月经经期提前，量少质稀；舌质淡，苔薄白，舌边尖有瘀点，脉细弱。证属肾阳不足，夹瘀为患，用肾泻散加生蒲黄、五灵脂各15克，如法用之，用药4剂痊愈。随访半年未复发。

（五）尿潴留：田螺1个，麝香0．5克。共捣如泥状，敷于脐部，外用纱布覆盖并固定，必要时半小时可重复一次。可治疗各种原因所致的尿潴留。

验案：李某某，男，38岁，干部。因患胸椎肿瘤，于某医院手术后致上肢瘫痪，小便一直不能自行排出，长期依靠导尿持续达34天之久，病人极其痛苦。用上法外敷约半小时，即开始自行排尿，尔后住院半年期间再未行导尿。

（六）遗精：煅龙骨、五倍子各30克。研细末，装瓶内备用。用时取适量药末用水调成膏状，涂满脐眼，上面用肤疾宁或胶布固定，二天换药一次。

验案：王某，男，18岁。有频繁手淫。近两年来每周遗精2—3次，有时甚至一夜二次。头晕眼花，腰酸腿软，曾服知柏地黄丸、金锁固精丸等无效，因而思想恐惧，悲观失

望。经用上法，10天内仅遗精二次，继续治疗一个月即愈。

（七）阳萎：振阳散（生硫黄、白蒺藜、细辛各30克，吴茱萸15克，穿山甲10克，冰片5克。共研细末。）每用3克，唾津调膏，外敷神阙穴，胶布固定，二天换药一次。

验案：王某某，男，44岁，教师。自诉7年前因工作劳累，忧思过度致阳事不举，举而不坚，同房多不能成功。伴性欲减退，腰膝酸软，小便不利，便秘，二日一行，遍用温肾壮阳、补益心脾、舒肝解郁、清利湿热、理气活血等类中药数百剂无效，且每服温阳之品易口舌生疮，双耳胀痛。舌质红，苔薄黄，脉弦，尺脉弱。证属命门火衰挟郁之为患。治用振阳散加生栀子15克如法敷脐。贴药15次后已可同房，但仍不甚坚，继用20次后，房事恢复正常。随访一年未复发。

（八）肾绞痛：肾绞痛发作时，急取活雄鸡一只，用刀劈开而不去肠杂，趁热敷于病人肚脐上。

验案：王某某，男，20岁，泥工。突然少腹疼痛，牵至阴囊而缩入，随即身凉脉伏，气息欲绝，眼合口闭，两手握拳，不省人事。根据病情及检查诊断为肾绞痛休克。急用刀劈雄鸡敷脐上，片刻病人苏醒。继用加味理中汤二剂，病得痊愈。

（九）自汗、盗汗：五倍子30克，研为细末，每用3克，用醋调成膏状，敷于肚脐内，伤湿止痛膏或胶布固定，一般1—3次即可见效。

三、妇科病症

（一）痛经：太乙膏（元参、白芷、当归、赤芍、肉桂、大黄、生地各30克，麻油1000克，黄丹360克），前7味药同麻油入铜锅内，煎至黑，滤去渣，再加入黄丹收膏。用时取枣大一块，摊青皮上，贴肚脐正中。用于血瘀痛经。

验案：曹某，女，28岁。三月前适逢经行时与家人斗气，即小腹胀痛。近三月来经量渐少，经色紫黯有块，块下疼痛暂减，舌质紫黯，舌边有瘀点，脉沉而弦。证属血瘀痛经。遂以太乙膏贴脐，10日后再换1次，自此痛经竟未再发，经色质量亦趋正常。

（二）不孕症：五灵脂、白芷各250克，川椒、熟附子各100克，食盐50克，冰片10克。除冰片另研外，余药共研为细末，密贮备用。用时取面粉适量，水调成条状，圈于肚脐周围，先放少许冰片于神阙穴内，再放入余药，以填满为度，上隔生姜薄片一块，以大艾炷灸之，随年壮，1—3日一次。用于宫寒不孕。

验案：王某某，女，27岁，农民。结婚3年未孕，男方精液检查无异常。月经40天至3个月一行，量多、色黑、经前腰腹疼痛。平素腰膝酸软，耳鸣眼花，少腹有凉感，白带多。查：人中沟浅，舌质淡，苔薄白，脉弱，尺脉尤甚。证属宫寒不孕，嘱用上法每日27壮灸之，灸后将药物用伤湿止痛膏固定于脐内。患者用上法20余次后，怀孕生一女孩。

四、外科病症

（一）乳腺增生：乳癖膏（桃仁、红花、生黄芪、生石膏、桂枝各30克；乳香、没药、木防己各15克，柴胡、丁香、荔枝核各10克。共研细末，备用）。每用5克，醋调成膏状，外敷于神阙穴，2日一换。

验案：左侧乳房肿块一年。肿块随喜怒而消长伴乳房胀痛。查：左乳房外侧有一核桃大肿块，边界不清，与皮肤不粘连，推之可动，触之疼痛。舌质红，舌尖有瘀点，苔薄白，脉弦细。证属肝郁痰凝，气滞血瘀。用乳癖膏如法贴脐；另用乳香、没药、乌梅、五

倍子各30克，共研细末，醋调敷于肿块处，二日一换。用药4次，肿块及乳房疼痛消失。

（二）术后腹胀：肉桂、吴茱萸各30克，共研细末，每用适量，用凡士林调成膏状，涂于纱布中央（约2×2cm），稍烘热后对准脐部贴敷，一般术后即敷，24小时一换。

（三）前列腺肥大小便困难：葱白10棵，捣烂，分为三等份，放铁锅内炒热，然后交替热熨脐部。

五、小儿科病症

（一）小儿腹泻：急性腹泻，用云南白药1克，用50%酒精调成膏状敷于肚脐，伤湿止痛膏固定，10小时换药1次，连用1～3天，慢性腹泻用五倍子研细末，每用3克，用热醋调膏敷于肚脐，1～2日换药一次。

（二）小儿夜啼：黑丑7粒，研细末，用温水调成糊状，临睡前敷于肚脐上，用胶布固定。

（三）小儿流涎：细辛3克，研细末，醋调敷于肚脐神阙穴，2日一换。

第十九章　手全息诊疗

手是人体的一部分，作为一重要全息元，反映着整体，是整体的缩影。它既是观察全身各处的窗户，又是发信息到全身的控制台。手全息诊疗是仅次于耳全息诊疗而在临床上用得较多的微经穴诊疗系统。

第一节　健康人的手及其变异

一、正常人手的特点

（一）手的形状：首先是看手的长度、厚度，与整体相配协调，再就是从一般情况看，掌面要光洁明润，中间凹，四周肌肉发达高于中央，特别是大小鱼际饱满，各指根部丰满，弹性好；手背丰厚，掌骨间肌充实，除掌指关节在掌背稍有显露外，掌骨不应在背侧显露，也就是所谓的“不露筋骨”。手背走行的静脉明晰而没有曲张，局部凸起；手指自掌指关节到指端应有渐细缓的趋势，特别是指的一二指关节不应呈圆突状，而使手指间隙增大形成棱形空隙。掌面观各节指节间纹分布匀称，纹线连续，上下集中，背侧各指一二指关节（拇指只一个）纹集中连续性好；指甲平滑光洁，一般为末节指节的3/5，呈长方形拱起，顶端横径稍大于基部横径，指甲基部的白色象半月型的部分称指甲半月，简称“甲半月”。甲半月应与各指中央对称，偏移不大。甲面无纵横沟纹，甲上无干扰斑，指甲对称，不偏斜，无凹下或末端翘起。至于掌纹，将在后面专述。

（二）手的颜色：大致可分为手掌颜色、手指颜色、手背颜色和指甲颜色，细分还可以有分区颜色。中医对色泽及其变化比较重视，就我们黄种人而言，正色可概括为“红黄隐隐，明润含蓄”。色的“含蓄”，指隐而不露，也可以说是色中有神，有光泽。手的颜色可直接或间接反应出包括人体肢端或周围系统供血及营养状况的很多信息。一般情况下，手掌呈有光泽的浅红色，中央色稍浅于四周，手上纹线色又较四周色深，主线色清晰且最深，整个手掌颜色较手臂部红润；手背颜色比掌色深，光泽度不及手掌，呈黄棕红色有光泽，背掌交界处形成赤白肉际，手背与上臂背侧无明显差别；手指掌面各节间色以2～4指第二指节色最与掌面四周色接近，第一指节稍浅，有时接近掌心色，指末节色略深。手掌各部间颜色并无明显界限或过渡。2～4指根部经常抓握或持重可出现较其他部位色明显不同的烟黄色或浅咖啡色，这是正常的。甲色包括指甲本身颜色、甲下色和半月色。正常情况下，手指自然弯曲对光观察，甲色透明，甲面光洁适中，没有暗斑、白斑、干扰纵横沟纹；甲下色充盈，呈均匀的淡粉红色，没有瘀点瘀斑；半月呈润白色，与甲面色有明显界限，甲与指末节背侧连接部颜色深于指背色，呈棕红色，指背色与掌背相仿。不同地区、季节及个体可有差异，手色有变化，一般说来，在进行诊查时，应先据被诊者整个手的颜色确定大致类型，再找出该手的相对正色，然后分部分区与此色比较。细致说，分区还应有不同的随时随季变化现象。

（三）手的力度：在不同年龄、不同性别、从事不同工作的人中，手的力度差别很大。

一般对手的力度的考察都以握力为标准，男子较女子大得多，有的大约 2～3 倍，这与遗传及后天的锻炼关系密切。我国正常成年人握力的一般范围，男子 20～45 公斤，女子 15～40 公斤。在特殊情况下，还要对手指的外展力和夹持力进行检查，常用于一些神经科检查中。

（四）手的湿度：手湿的细小变化是较频繁的，由它独立的调控结构使之维持在一定水平范围内，也就是说手湿是在变化中求得平衡的。手对湿度的变化相当敏感，随后的调整也相当迅速。一般情况下，手背湿度与体温相仿，掌部湿度略高于体温，其间的差大约为 0.2—0.8℃或更高一些。另外，手掌不同区域的湿度亦有差异，中央和四周有时可呈明显感觉到的湿度差异，这也在不少疾病诊断中有重要参考价值。

（五）手的温度：手的温度与地区环境和人体内部环境有密切关系，人的情绪变化对内部干扰较明显，因此表现出手的温度和人的情绪间的一定关系。手的温度主要是指手掌及掌侧指节的温度，因为整个手背部温度变化不大，且不敏感，参考意义不显著。手的温度实际上是掌侧汗腺液分泌的一种量度指标。手的汗腺分泌与情绪变化有关，且不依人的意志为转移。汗腺先自小鱼际及食指、中指、无名指、小指端分泌，然后是掌心、指根、大鱼际及指的其他指节线，指节。拇指汗腺分泌稍慢。在紧握拳头时，手会渗出汗水来，在紧张情绪下，汗腺分泌非常旺盛，手掌渗汗是难以控制的。有的人的手极易出汗，有的人的手又非常干燥，这些都是不很正常的。渗汗或温度的改变，可以调节手温，如汗腺分泌失常，再加上一定的外界因素，可导致手温调节紊乱，血循环失常等。温度的变化可以人为感知或观察到。

二、手指、手型及其分类

（一）手指：由于手的各指各有分工而又相互协作，拇指更为重要，与其他各指不同，只具有两节，且最粗壮，因此在分类中亦将五指分类列入，其余的手指类型多在食指、中指、无名指显现特点。

1. 姆指：姆指作用特殊，也最为重要。如果拇指指节红润饱满，活动正常，有力量，下附大鱼际发达，多提示身体健康，精力充沛。若拇指扁平薄弱，有弯曲，则提示患神经衰弱；第二指纹如多繁乱，情绪易紧张，易患头痛、失眠等症；如拇指过短且坚硬，易患高血压、心脏病、中风等。

2. 食指：指圆秀强壮，三个指节长短均匀，或由下往上逐节缩短者为正常，外形直并与中指密合，提示肝胆机能良好。如第三指节过长，健康状况则差；第二指节过粗，提示体内钙质吸收功能不良；第一指节过短者，易患神经情志疾病。食指瘦弱，掌侧根部青暗，多显示疲乏，萎靡不振，睡眠状况不佳，或神经衰弱。食指硬，多提示消化系统疾病或异食症、脾胃运化、纳食功能异常。

3. 中指：指若苍白或细弱，提示心血管功能不足或贫血，掌侧出现红色斑点提示循环系统问题，第二指关节掌侧屈纹两侧青暗或根部青暗表明眼底供血不足或有眼疾。若指偏，指节疏漏，则提示心与小肠功能较弱。手背中指指掌关节中点至指尖间距与掌长比（称“中长比”）的比值小于 1，即中指偏短，人体健康，但晚年易患肺肾疾病；比值等于 1，身体健康；比值大于 1，即中指偏长，情绪平稳，偏多愁善感，易患心脑血管病。

4. 无名指：一般反映呼吸系统及部分消化系统情况。指根青暗延至掌中提示近期呼吸系统有异常，如上呼吸道感染、肺炎等，同时提示大便不调。食指中指间与中指无名指

间有暗斑，多表明患痔漏。无名指第二指节自掌侧至赤白肉际处有纹线，称“病约纹”，多而乱者表明目前健康状况差，应引起注意。整个无名指发暗是危象，揭示身染重症。病约纹上有斑点为紫暗色，提示有陈旧性肺结核灶存在。

5．小指：通过诊察小指，可判断泌尿生殖系疾病。小指掌外侧青暗，提示泌尿系感染或妇女痛经等症；小指外弯，如排除遗传、外伤所致，则提示肾功能不良，生育困难；小指苍白，多因内寒，小便清长，大便不调，排便不畅或腹泻；第一指节纹理繁乱，表明体能下降，影响消化吸收功能。

6．方头指：指端平直，棱角分明，形成方头。一般表明身体健康，若指见瘀暗，则提示患神经衰弱、结石等症。此种人情绪不稳，易急躁，有暴发力，指腹易渗汗，易患感冒及呼吸道感染。

7．汤匙状指：手指末节顶端宽大，整个手指状若汤匙。易患高血压心脏病、脑血管病；糖尿病出现合并症者亦可见此形指。

8．细长指：指形细长，颜色偏苍白，指显无力。提示脾胃功能不好，情绪易抑郁且多愁善感，有偏食倾向，甲状腺机能低下者也易见到。

9．竹节状指：各指关节突出，使整个手指形如竹节，故得名。易患呼吸、泌尿系疾病，或易隐伏生殖系统疾病。情绪多不稳定，好攀比与自傲，具有独立性。

10．壁虎状指：末节指关节突出，指节端部又显尖形，手指似壁虎的头身故得名。易患心脏病，且呼吸系统常受累及。

11．鼓槌状指：整个末节指节圆粗突出，指端棱角较分明，指背皮肤粗糙，形同鼓槌，故得名。易患慢性呼吸系统疾病及循环系统疾病。

12．圆锥形指：指形圆长，指端稍尖，形如圆锥样。一般表明身体健康，但抵抗力并不强，较易患胸部疾患，若感冒易自觉从咽肿开始。情绪较稳定。

13．棱形指：指中间关节粗大突出，整个指形成中间宽两头窄细的棱形。易患神经系统疾病、骨质脆化、耳疾等。

14．斜弯形指：末节指节偏斜不正，多见于小指和食指。遗传病或生殖机能障碍者多见，也可见于其他系统器官重症。

15．粗短形指：指短而粗，指掌之比小，中长比2/3以下，大鱼际发达，其他指根亦饱满。提示身体健壮，暴发力好，但易患高血压、肝病及肾病。

另外，在少数民族区域，特别是高山地区，或是从事特殊工作的人还有一些其他指形，在诊察时应予注意。

（二）手型：手型的分类目的在于将实践中遇到的各不相同的手加以分型归类，抓住手的主要特征，便于记忆与应用。所以每类之中的手并非相同，只是外形特征相似，相似之中包含有许多相同的健康状况与易患疾病等的趋势。常见手型分述如下。

1．方型：手指粗壮偏短，手掌大多呈方型，肉多且厚，指端略呈方形，皮肤粗糙，颜色深暗，直观掌纹简单。第一指节与第二指节连接关节背侧纹深乱，手背青筋浮露。这种手型一般体现身体健康，抵抗力强，不易生病，性格爽直，易表现本能情感，情绪易紧张而好动肝火。中年后易得高血压病及呼吸系统疾病。

2．圆型：手指较方型长，手指上下粗细均匀，手掌呈圆型，即大小鱼际下端接臂腕部棱角不分明而成圆弧线。手掌手背皮肤柔软松弛，掌丰厚，细碎纹理少，皮肤多显白色

或苍白色。一般显示先天禀赋好而后天锻炼不够，生活条件优越，没有过多的生活经历，独立生活能力差，在现有条件下身体尚属健康，但亦应注意防止肝脏及脑血管疾患的发生。这种人有暴发力，耐久性不够，难于适应环境的持续变化。

3．汤匙型：指尖并非一般的人是由粗至细，反而末端粗大如勺，但亦非后天因病而渐成的鼓槌状指。手结实有力，指根腕部皆较粗大，掌厚有肉，手背青筋易于浮现。此型人情绪易波动，心情急躁，易于衰老，易患高血压、糖尿病和腰痛症。

4．长方型：手外观单薄显细长，手指各指关节突出，手背青筋显露，手部赤白肉际（背掌交界部分）分明，掌呈长方形，掌部肌肉不丰厚，有碎纹。多显示呼吸系统功能弱，精力不充沛，有神经衰弱倾向，生殖系统也易出毛病。

5．柔弱型：手指细长单薄无力，顶端易弯曲，手掌薄而无肉，掌背掌骨多隐现，指端尖，皮肤苍白，手掌为圆形但大小鱼际并不发达。性情多被动，身体抵抗力不强，易患失眠症，呼吸及泌尿系统功能较弱，女性多骨盆偏小，生育较困难。

6．综合型：手指情况复杂，难于归一型，有两种以上指形出现，掌为方型，赤白肉际较显，掌较厚，手背青筋略浮现。这种人适应能力很强，有耐力和抵抗力，较易患呼吸系统疾病。

7．三角型：大小鱼际两侧缘隐于掌侧未显露出，手掌细碎纹多，肤色偏苍白，掌呈三角形，力量不足。显示先天禀赋不强，出生时体重不足，后天易偏食，耐力抵抗力均不强，易患肠胃病，如慢性腹泻等。

8．特异型：这种类型实际上人群中较多见到，也比较复杂，手型特异，即与众有别，如手的活动范围，或手指走向变异，或缺残指、多指，或掌背部缺凹等，一般由于外伤或遗传而致。如无以上因素，可能是器官的变性病变或恶性病变所致，应引起重视。

三、手纹线

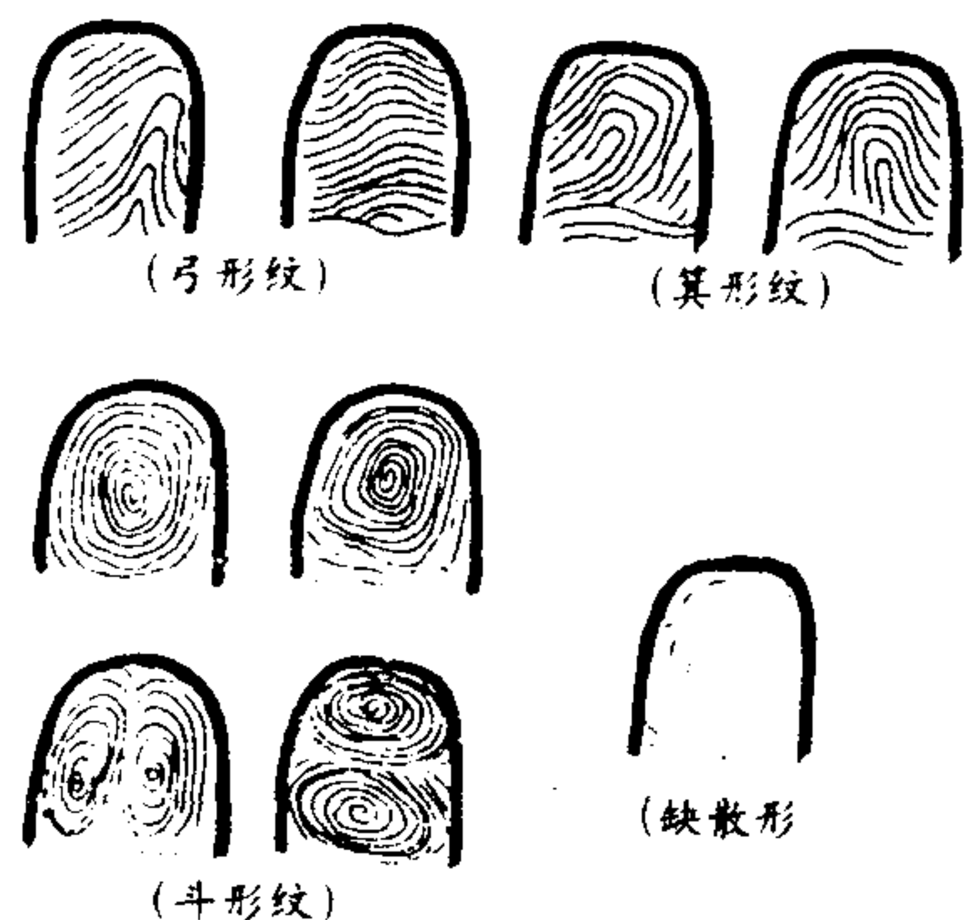


图 19－1 指纹图

人手指纹，生来已有，个人终生不变，但人与人变异甚大，世界上几乎没有两个人的指纹完全相同，所以中国古代就有按指印以证人身的做法，沿用至今。指纹记录着人体发育时的若干信息，因此，对诊断疾病，特别是若干遗传性疾病有重要诊断价值。

掌纹是在胚胎 2～3 个月后就发育成的，它们随着时间、个体差异及个人的健康状况而有所变化，故也有一定的诊断意义。

（一）指纹：分弓形、箕形、斗形和缺散形四类（见图 19－1）。

1．弓形：又可分为简单弓形和帐幕弓形。指纹由层层弓状线纹上下重叠而成。指纹中弓形太多，表明身体状况不好，易患神经精神疾病及生殖功能低下等症。一般人手指纹中弓形并不多见。

2．箕形：指纹自中央向左或右侧斜流而下称箕形，这是正常人多出现的指纹。

3．斗形：又可分为简单斗形（同心圆斗形，螺旋斗形）及双箕斗形。简单斗形是人群中多见的，一般人是斗形、箕形共存。双箕斗形不多见，亦不是病态反应。

4．缺散形：人群中很少见。指纹并没有可能辨识清楚的花纹存在，或是线纹变薄萎

缩缺损，还有一些其他类型。均表明健康情况不佳或生理功能不健全，更多的是见于遗传性疾病，如白化症、肢体畸形、尖头畸形、脊柱裂、家族性智力低下等。对于指纹变薄萎缩的情况又可见于久病的老年人或从事于对手有损伤、腐蚀工作的人，有时季节性手部脱皮症中也可出现，这些是可以变化并恢复正常的。

（二）散见纹：手上除底花纹、指纹、主线纹以外，还分布着散见线纹，各具形态，而且在疾病诊断中有时有很重要的意义。另外对手上可见到的斑点斑块等也在这里进行简单介绍。

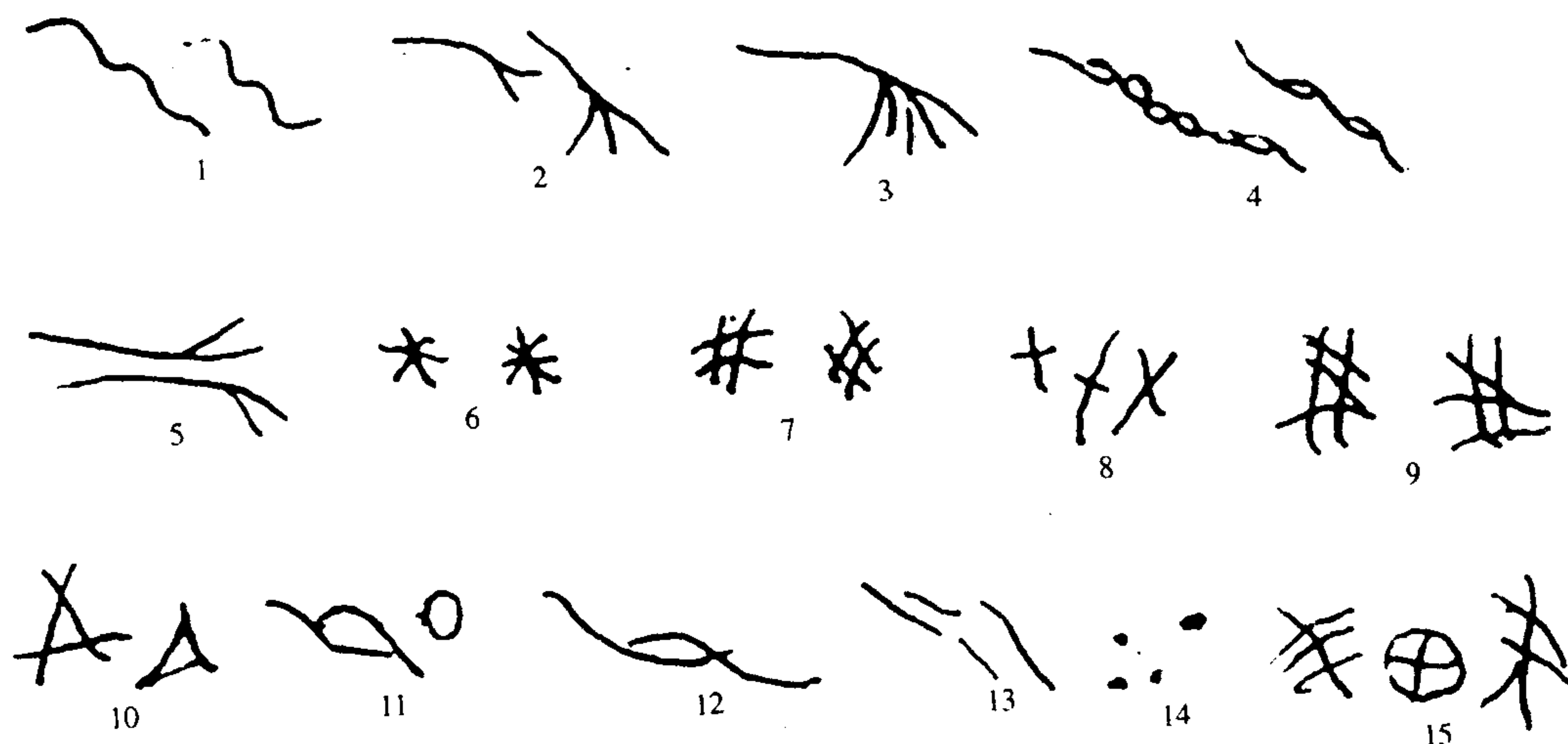


图 19－2 15 种散见纹

1．波浪纹：纹线起伏直观呈波浪状，也可以是叠波，有间断，也包括纹线深浅波形变化的情况。多见于主线末端或主线的变异形。

2．分叉纹：一般为主线末端或主线主要分支线末端分成两叉或几叉清晰纹线。

3．房状纹：主线的支线迅速分化出许多线纹，称房状纹，多见于主线末端。

4．链锁纹：纹线如圆环一样，环环相接，连接成链锁状，有时在环与环接合处亦可分出细小支线。多见于主线的变异形。

5．升降线：从中央进行中或支线别出的几条相互平行且或向上（下）的纹线，称为升降线，长度近均匀。

6．星形纹：由三四条短线纹交叉构成，形同星状。掌四周或手指指节部常见。

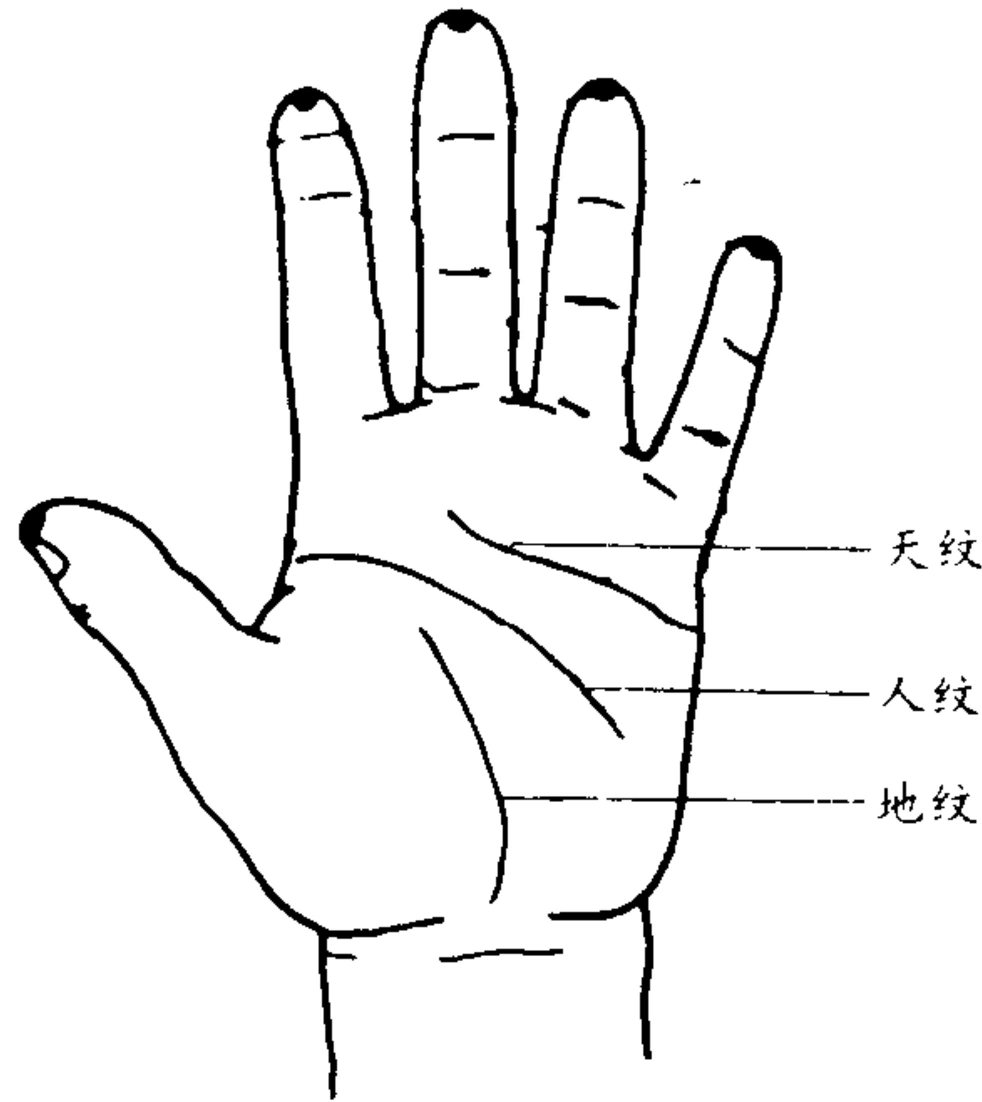
7．井字纹：四条线纹两两相交叉形成“井”字，也有时不出头呈方形、梯形或矩形。多见于掌部。

8．十字纹：两纹线相交叉，形成“十”字，也可是一条与两平行线纹交叉呈双十字纹。多见于掌部。

9．格网纹：两组平行线纹横纵交叉形成网格状，多见于大鱼际处，小鱼际亦可见到。

10．三角纹：三条纹线两两相接交，构成各种三角形。多见于主线之间，由支线围成。

11．环形纹：纹线呈连续的环形，或有断续的环状，也包括皮下环形暗区等。多见于手掌部四周肌肉较丰厚处。

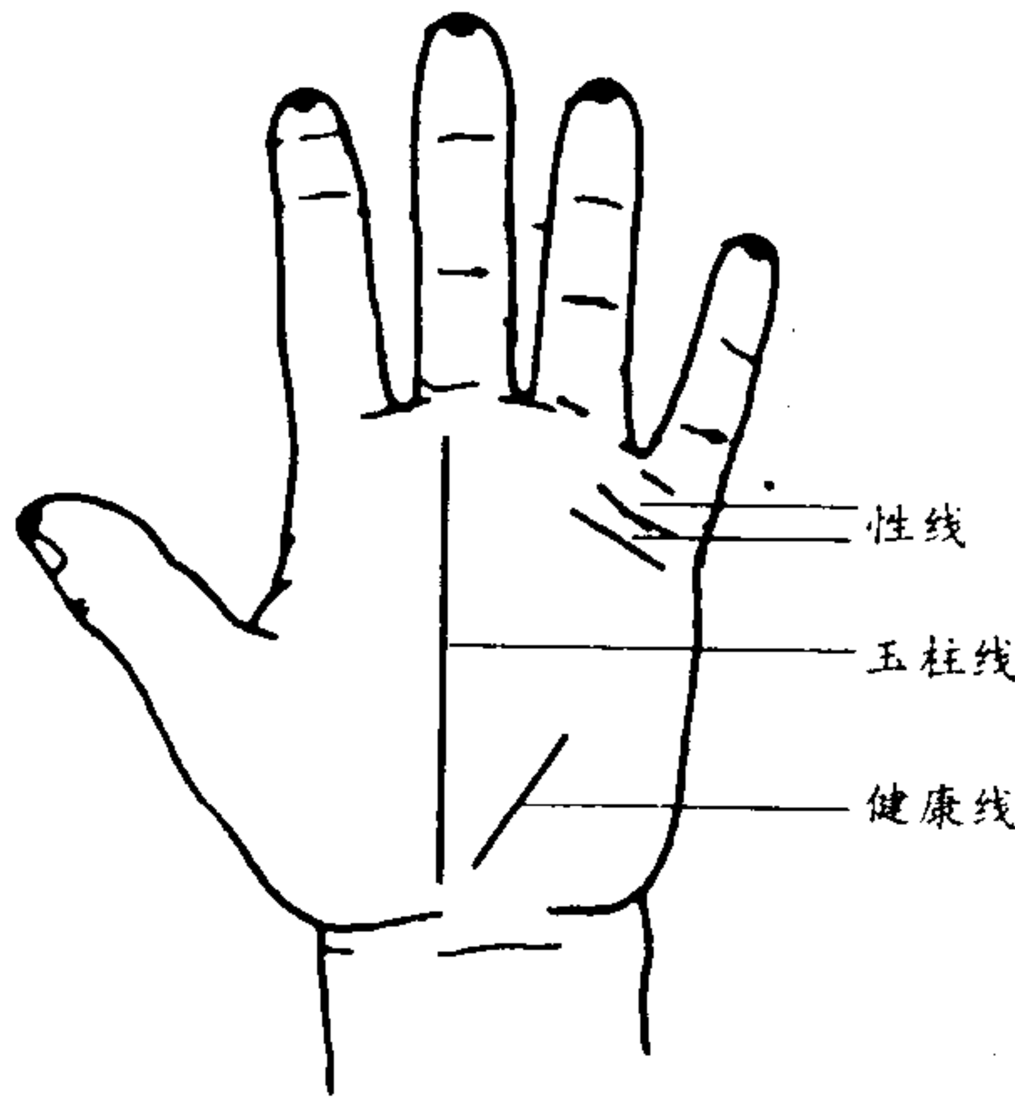


12．岛形纹：纹线走行中途分而又合形成小岛状，有的是连岛形。多见于主线变异形，手指及大小鱼际区。

13．中断纹：纹线走向明确，但中间有断开，使纹线呈二三段。多见于主线变异形或支线。

14．斑点：斑点情况较复杂，掌指部均可出现。有的是斑点、斑块状皮肤底色纹消失，有的是底色纹或其他纹线中有色斑点，一般为青白、红、黑、黄多见，纹线走行至此变成或底色纹变浅，另外指甲、皮下亦可见。

15．形字纹：这是古代相术中记录注解最多的内容。即手上线纹构成自然界中的动物简单形状或其他自然形状，或是与汉字相仿，如前述井字纹即是最常见的一种。此外还可见到似丰、田、夫、大、丈、人、月、日、玉、王、壬、天、用、刀、丁等命名的纹线。这些均无很特殊的意义。



（三）掌纹：是人们最早注意研究并观察记录最多的。实际上散见纹多属掌纹，但为方便起见，此处论及的掌纹指主要纹线（见图 19－3）。

1．地纹：亦即大鱼际曲线，也称生命线。起于拇指食指中间近于中点，也与第二掌指关节对应。围绕大鱼际形成半圆弧，止于大鱼际下端的腕部，线纹近掌心位于中指中心线左右，偏移不大。整个纹线连续不间断，深细清秀，不分叉。与大鱼际区有独特意义。表示人的体质、活力、能力、健康状况，亦反应人的先天禀赋。能显示所患的不同疾病。大鱼际区域在经历一个情绪紧张的时期之后会出现格网纹，一组指向掌心的线纹有时穿透大鱼际曲线，端部浅淡，是一时性精神紧张或肠胃功能紊乱的征象，情况改善后，可以消失或退缩，也有不少纹线遗存下来，被称为阅历纹，成为不少重要体质变异或情绪波动的记录。

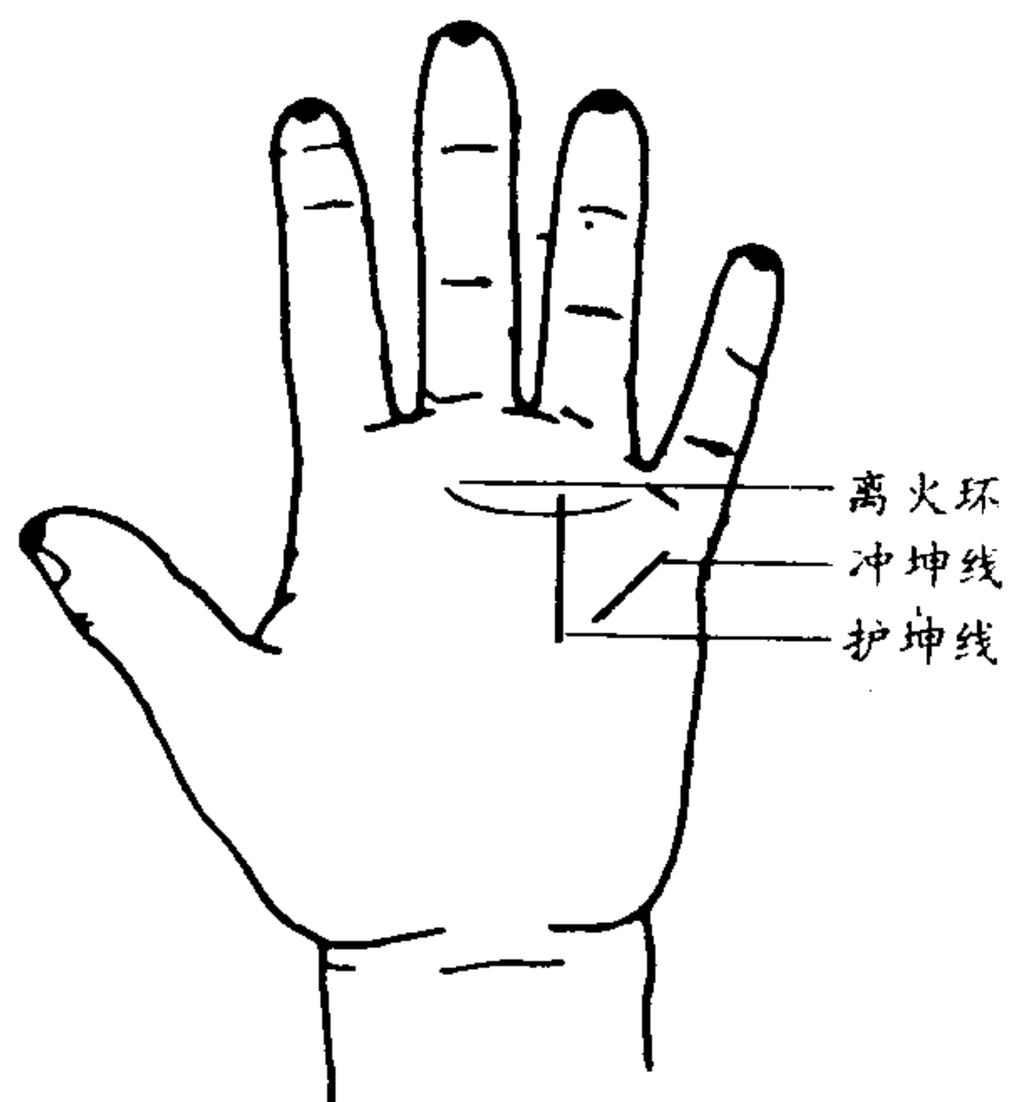


图 19－3　掌纹线

2．人纹：亦即近端横曲线，也叫小鱼际抛物线、脑线、智慧线、知能线、智能线、事业线。正常人此线与地纹（大鱼际曲线）有相同起点，并行 2～3 厘米后单行于手掌中央，止于小指尺侧延长线左右。纹线明晰不断。清秀深长，颜色红润，略下垂亦呈弧线弯曲而优美。末端分叉少，整个纹线延续性好。末端在人的一生中变化较多，一般是分支或深浅、长短的变动。本纹线受外界环境及心理影响较大。

3．天纹：亦即小指根下横曲线，又称远端横曲线，感情线、心脏线等。正常多数起于小指根下一拇横指尺侧位置，向上微呈弧形走行，多止于食中指根下方左右。纹线宜深长明晰，颜色红润，起始点附近不存在杂乱线纹，支线少，

末端无分叉或少分叉。此纹线往往反应人的情绪性格精神状况。

4．玉柱线：亦即中指屈纹，又称事业线、命运线、功名线。不是人人皆有，正常完整的中指屈纹多起于大小鱼际腕部交合点，向上直行，穿过前述三线，至中指根部。线纹宜直深细长，颜色红润，与其他主线交点处洁净无乱纹。

5．性线：又叫婚姻线、家庭线、E线。正常性线为1～3条，于手掌远端尺侧，在小指根与小指根下横曲线之间的横短纹线。性线宜平直深而不乱，移行区无交叉线，颜色红润清晰。其多反应生殖方面情况。

6．健康线：又叫小鱼际侧线。起于大小鱼际交合点上方，斜行向小指方向延伸，一般止于小指根下横曲线上。我国北方人多无此线或不完整，而南方人几乎都有。健康线可出现波浪形、中断形、链锁形等变异，有时穿过大鱼际曲线，多显示消化系统及心脑疾患。它是临床诊查的重要参考纹线。

7．腕横纹：也称手颈纹、手首线、手腕线。位于手掌根部，是手臂相接部位。正常宜连续深直，如果出现间断、屈曲，则显示泌尿生殖疾患，尤以生殖系统反应显著，两侧可以反应盆腔情况。在妇产科尤应注意此线变化。

8．离火环：又称金星线、金星环、土星环、功名圈。系从食指中指指缝出发，向中指无名指指缝或无名指小指指缝延伸的半环状线纹，并非人人皆有。线纹宜连续整洁红润。

9．冲坤线：亦即小指屈纹，又叫灵感线、梦游纹、水星纹。起于小鱼际下部向上直行至小指根部，而多能见到的是小指根下横曲线以上或以下的一段。并非人人有。

10．护坤线：亦即无名指屈纹，又叫太阳线、成功线。起于大小鱼际交合点偏小鱼际一侧，向上直行至无名指根部，常见者往往只显示小指根下横曲线以上的部分，有人并无此线。

第二节 手诊的方法及记录格式

一、手诊的方法

（一）手全息诊察所需条件：应尽量满足室温（25℃）及湿度适中的环境，光线明亮而均匀，最好是自然光线，这样手部的情况易清楚地观察到。

（二）性别与方向：在诊察时，男看左手，女看右手。以大拇指侧代表人身体的右侧，小指侧代表人身体的左侧，手指尖方向代表人体的上部，掌根部方向代表人体的下部。不论男女，代表各内脏与各个部的相对应部位在手掌的方向，与人体代表的方向是一样的。

（三）手掌分区定位：大体将手掌分为九个区，即食指根部（相当于八卦分区的巽位）的起源区、中指根部下方（相当于离位）的头颈区、与之相对应的腕部（相当于坎位）的性区、头颈区与性区之间（手掌心，相当于明堂位）的消化区、消化区桡侧大鱼际部（相当于震位）的心区、心区与性区之间的大鱼际下方（相当于艮位）的下肢区、无名指及小指根部下方（相当于坤位）的胸背区、小鱼际上部（相当于兑位）的腰腹区，以及小鱼际下部（相当于乾位）的生殖区（见图19－4）。

（四）手诊的脏腑器官配属（见图19－5）：比前述分区定位较为详细，并形象化图示，具体诊察时还要据此在每位受检人手上一一详验，因有个体差异，千变万化，切忌按

图索骥、对号入座，以防误诊。同时应结合整体状况和其他全息诊察结果综合判断分析，以求确诊。



图 19－4　手部分区

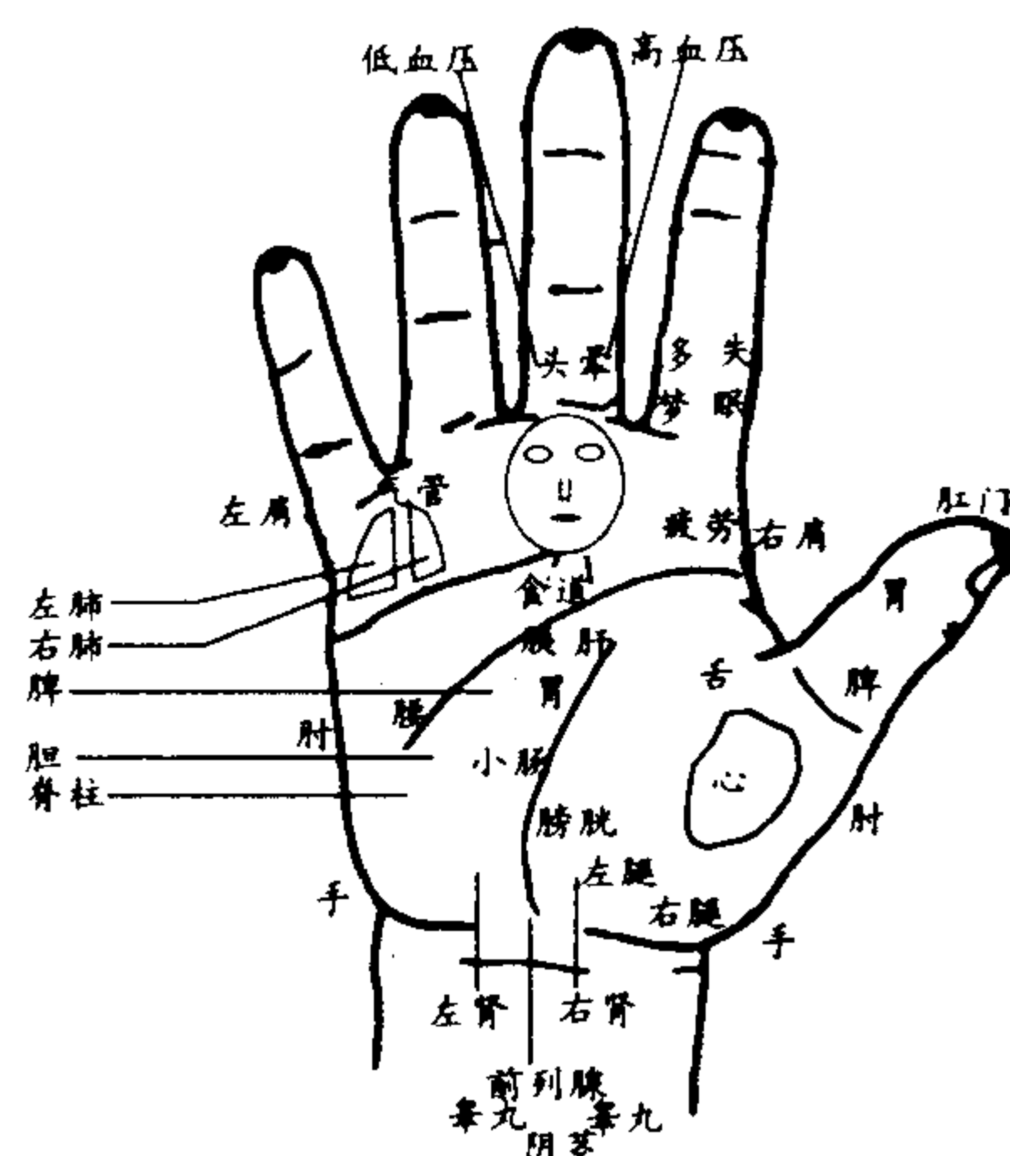


图 19－5　手与身体各部相关图

（五）手诊的四个步骤

在掌握了有关指型、手型、主要纹线及其正常走行及形态、手部的分区定位及内脏器官配属等知识的基础上，就可以学习手全息诊察的具体步骤了。

1．手全息望诊：是四个步骤中最重要的。医生运用视觉器官对手部不同区域位置、纹线等进行详细观察，从而发现异常变化及特异性反应。这是帮助我们及早发现疾病并对其性质、程度及预后做出判断的一种有效方法。熟练掌握望诊，不仅是医生客观地观察、分析判断病人病症的一种有效渠通，可以排除患者的主观欠实的陈述、家属代述不详、有生理缺陷患者（如聋哑人）及有难于启齿的个人隐私等等各种因素的干扰；而且由于望手知病，产生心理效应，使患者更充分信任医生，积极主动地配合医生的治疗，大大提高疗效。

我们在实施手全息望诊时，也要按中医诊断学的内容，主要从望神、色、形和态几方面来观察，以获取信息判断相关病症。

在望神中，我们要结合前面讲述的分区定位和脏腑配属、指形、纹线等，通过它们光泽度的变化，判断脏腑、经络活动及气血盛衰，从而发现病征，做出判断。

一般情况下，正常人的手掌表现为光明润泽，精血旺盛，神气充沛，亮度柔和，富有生机，一望而知有神。若手部光泽度降低，暗淡无华，甚至枯槁、不润，真色外泄，则为“失神”，表明疾病性质严重或病情恶化，不易治愈或恢复，预后较差。如果整个手部发暗，没有光泽，仿佛笼罩一层黑雾，提示机体免疫功能低下，多出现全身性疾病，如肾炎、白血病、风湿热、肿瘤等。若只是手的某一局部出现光泽晦暗不润，则表现为与该区配属相关的内脏器官功能失常，出现较严重病变，且预后不良，如肝区青暗无光，干燥欠润，兼见脾胃区淡白无华者，表明多属肝炎晚期、肝硬化或肝癌等症，手指、纹线等也有相应变异。

手部的光泽度可随温度、气候、情绪、生理等内外条件的改变而有所变化。当兴奋、激动、气温升高或剧烈运动之后，机体处于亢奋状态，代谢旺盛，血循环加快，气血充盈

于肌肤腠理之间，手部的光泽度就会明显变亮；而当天气寒冷或情绪低落、疲劳、困倦时，手部的光泽度即有所下降，这些变化在一定范围，且维持时间较短，属正常反应，应注意鉴别。

此外，手部光泽度的变化还反映了疾病的深浅程度。当手部光泽度由暗淡向明亮濡润逐渐变化时，表明病症在好转，身体逐渐康复；反之，预示着向不良方面转化，应引起充分重视并抓紧治疗。

关于手部颜色的变化，也受各种因素的影响，处在动态变化之中。一般我们以手指中指第二指节掌面表现出来的颜色作为手的参考标准色，以之鉴别病色。常色变化也很多，诸如饮酒者色赤，肝气郁结者色青，饱食者血华色而益泽，猝中风寒者则色青而闭等，应灵活辨别。手中病色的表现是多种多样的，临床上总结归纳为青、赤、黄、白、黑五大类。通过对五色的观察，诊断疾病并作出预后判断。

青色，多显示肝胆疾患，亦主寒证、痛证、瘀血和惊风等。临床常见慢性肝炎患者手掌枯槁欠润，肝区青暗无光。若胆区青暗较肝区为甚者，多是胆石症、胆囊炎后期病变。

当躯体定位区，如肩、腰、膝关节部位出现青色，则表示该相应部位已患寒证、痛证，如肩周炎、风湿性关节炎等，也可以是沉积性伤，如腰扭伤未愈等。

小儿食指桡侧的络脉若颜色青紫，赫然直达指端，叫做“射关透甲”，是危重之象。可见于小儿高热引起的惊风、抽搐、昏迷等症。

值得注意的是，肝区所表现出的青色，女子较男子明显多见。根据中医的人格体质学说，女性多血而少气，其正常的生理变化要靠起疏泄作用的肝来完成。若肝气不足，则难以推动血液周行。故女性常有肝气郁结、气郁化火等情志不遂所致的梅核气、胁痛、头痛、失眠、多梦等症。若生殖区见青色又可有行经腹痛、甚至闭经等疾患。因此女性尤应注意调养情志、开阔心胸以利于保持正常健康的体质。

赤色，主心、小肠病，热证，及局部炎症、出血，某些进行性疾患病初等。

心区呈现边界不整的红赤色，为发作期风湿性心肌炎、亚急性感染性心内膜炎、病毒性心肌炎等，但较为少见。一般多见于中指桡侧小肠经及膀胱区出现红色，这是由于心与小肠相表里的缘故，心火炽盛，则移热于小肠。表现为口渴、心烦、口腔糜烂、小便黄赤等症状。胃区、胆区出现局部红色，多见于慢性胃炎、胃出血、胆囊炎初发等病症。

赤色所主热证，赤甚属实热。如阳明腑实证，表现出口渴、引饮、便干、高热等；微赤见粉为虚热，如阴虚火旺，表现出五心烦热、消瘦颧红、口咽干燥、潮热盗汗等。

黄色，主脾胃疾患，虚证，湿证。亦见于微量元素缺乏症、缺血症、慢性出血证等。

手掌萎黄，明堂（掌心）稍暗，表明脾胃运纳失常，提示有腹胀、脘闷、嗳气、便溏等症候。掌色淡黄，枯槁无光者，属脾胃气虚，气血不足；黄中挟青者，属胃虚受寒并伴疼痛，温热及饭后痛减。

由于脾主运化水谷，能将气血津液等精微物质运送到周身，营养机体；且又可运化水湿以濡润全身关节。脾胃长期患病，运化受累，水谷不运则气血不充，故出现虚证；水湿不运，则积聚停留于肌肤腠理之间，发为湿证。因此当脾胃受损，手部脾胃区暗而黄色持续时间较长时，应结合其他配属部位的观察，判断是否转化为虚证或湿证。

白色，主肺病，大肠病，虚证，寒证、脱血、夺气等，亦可见于痛证。

肺区出现较为明显的白色时，表明肺气不足，一方面呼吸失权、呼吸困难、胸闷气

短，见于哮喘等；另一方面阳气虚衰，卫外不固，易出现表虚自汗、疲倦、少气懒言、畏风惧寒等情况。

白色又多为气血不荣之候，如大出血病人，手部必然呈现苍白厥逆之象。心区出现局限性白色，表明心肌缺血；中腹部位出现局限性苍白之色，为中焦受寒，表现为腹痛拒按、喜暖恶寒、口中泛酸等。当腹部、脾胃区域呈现苍白色时，提示机体中气不足，结合观察大肠、子宫、胃等器官配属区的情况，可判断有无子宫出血或下垂、胃下垂、脱肛、久泻等症。

黑色，主肾虚，寒证，痛证，水饮，瘀血证。亦可见于经年陈伤。

慢性肾病患者及年老久病之人，不仅面黑，在手的肾区亦发黑、枯干，表明机体元气不足，多有眩晕、耳鸣、尿频尿急，亦可见性功能紊乱、生殖能力低下等症状。

手部出现黑色斑点，固定不移，说明机体感受外邪而为相应的痛证、寒证，症状较青色为甚。亦可见于经年陈伤且伤势较重。若同时肌肤甲错，爪甲不荣，表明瘀血内停。如胃区出现一黑色环形，且见皮肤反应区苍白欠润，表明胃体已形成溃疡，正处于瘢痕收缩期。

望形，是通过对手各部形状的观察分析，以判断相应病症。包括对指形、手形、纹线及掌部各区域的观察，多数前面已作了介绍，对指甲的全息诊察，将列专章后述。

望态，即观察手部状态。包括手部的位置状态和手主动活动状态。

正常人伸出手时，肘部微曲，前臂水平位，腕部放松，掌心略收，手指自然弯曲，五指分开，无震颤、僵直现象。手的自主动作，如向尺侧偏、向桡侧偏、掌曲、背屈、并指、握拳等，均达正常活动度。

若被检者伸手时动作拘紧、迟疑不定、手指紧并、指节屈曲，甚至出现轻微颤抖，表明心理压力较大，精神紧张。此类病人多属胆小怕事，敏感，好猜疑，不善言谈而又易烦躁发怒，无独立自主性、决断性差，易自我矛盾。现代医学表明，长期精神紧张会导致内分泌紊乱、神经功能失调。这类病人常见胃溃疡、甲状腺机能亢进、神经衰弱、头痛、失眠、糖尿病、高血压、冠心病，甚至癌症等疾患。

若手部颤动，不能自主，为中枢神经系统病变，如帕金森氏综合征、风湿热引起的舞蹈症等。

手指拘挛，关节僵硬的患者，很可能是由于脑溢血、梗塞、血栓等引起的偏瘫（或先兆）。若是“爪形”或“猿形”则为尺神经、正中神经损伤。

另外，手部的一些特异表现如：俯掌时手腕下垂，拇指不能外展和抬起，表明桡神经损伤；活动受限的手还可能由于局部骨折、伤筋、类风湿、结核等病导致，应全面考虑。

2．手全息触诊：是对手部温度、触觉、痛觉等检查。医生在检查手部温度时，是以食指指端（食指第三指节）触摸手部各个部位的寒热温凉及其程度，因为此部位是人体最灵敏的部位之一，故对温度的变化较为敏感，有利于我们区分不同穴区之间的微小差别。

触诊的顺序一般是：手指，先上后下，先桡侧后尺侧；手掌，先周围后中央，先手掌后手背；双手之间比较，先左手后右手。

通常手部某区温度升高，表明该部位配属器官有感染或处于病理活动高峰期；反之温度较低，则提示可能是寒邪直中脏腑或本脏阳气虚衰。手掌的温度如果周围较低，中央尚温，说明元气未衰，即使有病也易康复；如果掌心发凉，颜色苍白，伴有冷汗者，则属气

机衰微，多出现晕厥、泄泻、阳萎等症状。

另外，触诊有时要借助于骨针、大头针等对手部进行划刺，以诊察支配手部皮肤感觉的相应神经节段的病变。因在手掌、拇指、大鱼际及食指桡侧受颈6支配；中指受颈7支配；无名指尺侧，小指及小鱼际则受颈8支配。对颈椎病患者刺划手部一定区域，视出现痛觉、触觉反射功能障碍与否，可提示到底是第几颈神经受压迫所引起的症状。

3．手部活动检查：医生通过对患者手部关节，特别是各手指的主动、被动活动范围的观察和检查，以诊断有关病症。

首先要熟悉各手指的正常活动范围。将手轻按于平面上，正常的拇指活动范围，垂直水平面方向向上可与掌平面形成15～30度夹角，同平面内作远离食指伸展，可与食指形成90度夹角；屈曲时可至无名指、小指根部。

食指的功能仅次于拇指，其活动范围，与掌平面可构成20～30度甚至更大的角，左右各有60度左右的活动角；屈曲时可至大鱼际中点。中指活动范围与食指相仿，无名指活动范围除与中指相仿外，屈曲时端部可达大小鱼际交界处。小指和掌面形成20～30度夹角，远离无名指亦可构成60度或更大的角度，屈曲时可超达小鱼际中点。

在一定的疾病影响下，各手指的活动范围会发生改变。如脑部病变时拇指的活动度、活动范围缩小，有的疾病常伴中指活动度降低。有的因局部疼痛、炎症而活动度减小或活动不利，均应详细辨别。

4．手部按压检查：医生以拇指指腹（或拇指指端桡侧缘）按压病人手指、手掌等各部位、以发现隐色、凹凸、硬节、或病人告知有酸麻胀痛异常感觉等等，来诊察疾病。

手部按压检查的顺序是先纵后横，自上而下。当以一定压力按压后，受压区域常色褪去，这时再显露出的深部色泽即为隐色。若隐色鲜红，表明器官结构、功能正常，身体健康。但有时红色暗淡或局限性红色不鲜亮，则表明器官有炎症或疾病初发。隐色表面若为其他色泽，可根据五色主病来判断系何脏腑有病。

在内脏器官配属区出现凹凸、硬节、肿块等情况，多与先天缺陷、手术、结石、肿瘤等疾患有关、应引起重视。象脾、肾区有凹陷，提示患者曾作过脾切除、肾摘除手术，或先天单肾等；胆、肾区、膀胱区出现砂砾样硬节，多是结石所引起，如胆石症、肾结石、尿路结石等。

如在某一部位出现肿块，明显感觉按压时与周围同类组织不同，肿块下无根可动，结合患者年龄、体质、性别等情况，提示有肿瘤发生。

按压中如病人出现酸麻胀痛异常反应，也多提示有病：酸麻多属虚证或慢性难愈病变；麻木提示神经、循环系统或顽固性疾患；胀痛多为炎症、热证等。如异常感觉区在左右两手相互对应，病症阳性率更高。

二、手全息诊察记录格式

手诊病历除写明患者的一般情况（如性别、年龄、民族、婚姻、职业、工作单位及工种、籍贯、现住址、电话、邮政编码）以外，应注明检查日期和时间、地点（医院名称）。

其次，手诊病历要记清主要症状和重要病史，以作诊断参考。

检查记录项目：左右手分别填写同样内容，如手型、手指（指形、指色、特殊点）、掌部总色泽、分区色泽、特殊纹线；温度：手掌、手背、手指、分区（特殊处）；触觉、痛觉检查情况、手指及手腕活动度、握力、按压发现异常等。

画出左右手掌，以图显示阳性发现。

尽可能作出初步诊断（包括西医病名和中医辨证）。最后医生签字。

第三节 常见病的手象特点（略）

第四节 手与时间、精神全息

手作为一级全息元，在表现其空间全息（为整体的缩影）的同时，也体现了整体在发生发展过程中的时间信息印记，即表明了时间全息的特点；同时，随着神经系统的发育完成和家庭、社会的影响，机体的精神意向（心理、个性、人格、素质等）日趋成熟稳定，这些也在手上留下了精神心理方面的记号，成为精神全息的组成部分。

一、手象和心理发育

根据新生儿至老年人的手象记录，发现手部纹理变化较大，至少存在两个时期的变化。新生儿各主线较浅，末端更浅，掌部细碎干扰纹理多，这些干扰纹多是满掌皆布，并无明显规律性和对应性。在正常生活环境中，长至14～15岁左右，形成掌部主线较深而细碎干扰线相对较少的情况，这一时期是生理心理发育高峰期，人格趋向不明显，出现的干扰纹也易消失；18～30岁左右，掌部干扰线纹明显增加，多发于指根及大小鱼际区而指向掌心，有的切过数条掌部主线，深浅粗细各不相同。这一时期是生理心理趋于成熟期，但许多问题未确定或刚刚确定，如事业、家庭，因此心理干扰大，有时面临抉择一生的问题。加之这一时期本身有精神敏感、接受外界刺激反应强、思路多变等特点，有可能留下终生不变的印迹；随着年龄的增长，心理素质加强，人格趋向逐渐形成，手的掌部主要线纹深刻，干扰纹固定，除手部功能或弹性降低而形成的皱缩线之外，手部纹理变化不大，浅细干扰纹很少。上述这些变化在每个正常人均可见到，如果自己留意，会发现这种变化规律。在18—30岁之间，短时期内也可以观察到手纹的明显改变。

新生儿的手掌部纹线与遗传关系较为密切，而且遗传与后天心理、性格亦有一定关系。儿童的心理情志活动一般不形成导向性，一切顺于自然，喜怒哀乐也许是转瞬即过，不留痕迹，因此“记录下来”的不多。随年龄增长至少年后期，手纹多呈由繁至简的变化。但进入青年期，心理导向性增强，心理情志因素对机体的影响增加，周围的干扰因素增多，掌部干扰纹也有增加，总体看是由简到繁。到达一定年龄，心理趋向形成，有了自己的特有的思维处世的轨迹，事业家庭相继稳定，环境干扰因素相对减少，情绪较为稳定或自我调节能力增加，手纹大致呈由繁至简的变化趋势。至老年，除更年期略有起伏外，手纹多是稳定的，可以形成由于皮肤弹性降低等原因引起的皱缩纹，多见于大鱼际及指节区。如果在一些病症反应区出现，则多与疾病关系密切。

新生儿时手掌部主线由深至浅，在后天亦由每线起始部开始渐深并向梢部发展，梢部在后天变化较大。一定情况下，原来梢部深细相仿的叉纹线中某一条可加深成为主线部分，其余叉纹更浅淡，有时主线上又会别出新的叉纹。这些连同其他一些纹线的改变随心理情志趋向及较重大的心理情志变化有相当的对应性，而且不同职业工作的人，纹理特征随工种差异也有较明显区别，一方面反应的是易患不同病症，另一方面不同职业工作的健

康人手部纹线特征区别也很明显，很大程度上反映了环境因素与心理情志的密切关系。

二、手象与心理性格、情志

为方便起见，一般沿用中医人格五行分类方法，将手象与心理性格情志的一定对应关系进行介绍，供学者们进一步探讨和充实完善，以深入理解手象和精神全息的内在关系。由于各有专著，不赘述。

第五节　手与遗传性、先天性疾病

本书理论研讨部分曾谈到全息医学的发生遗传学根据。手作为整个机体的一部分，其特征必然在遗传方面具有鲜明的个体特点及群体共性。事实上，西方科学家自 50 年代初已开始从分子遗传学的基因缺陷、变异方面对手象与遗传性疾病、先天性疾病之关系进行了研究，并试图从手上得到所有可遗传的信息。

人们都希望自己健康长寿，希望子孙后代也更加幸福安乐。这就要求我们以立体的观念、时间全息的观点重新认识人类的生存与繁衍，优生优育，民强国富。

一、反应停胚胎病

（一）病因病状：反应停是一种化学药物，有镇静安眠作用，用于妊娠反应重的妇女。孕妇用此药，通过血液传给胎儿，对肢体发育有极严重的致畸作用，导致肢体变异，而成为“海豹肢”畸形。

（二）手象特点：1．地纹丧失或回缩呈弯曲短小状。

2．多见单一的横掌屈纹，即天、人、地三纹合一，纹线规整。

3．手部掌面底色花纹横向多，或离散不规整。

4．可出现拇指丧失或发育不全。

5．拇指可出现三指骨畸形，即拇指细长，有三段指骨，长度与其余四指相仿，大鱼际不发达，对掌运动不利。

二、何－奥二氏综合征

（一）病因病状：是包括骨骼和心血管发育异常的疾病。骨骼异常包括不正常的、通常发育不全的三指骨拇指或缺失拇指，偶有发育不全的桡骨或四肢畸形，常有狭肩和锁骨发育不全。心血管缺陷方面最常见的是心房和心室间隔缺损。

（二）手象特点：1．手指指纹斗形频率增加，尺向箕形相应减少。

2．天纹不正常，多与人纹连接，连接处纹变细，或半连接相隔部分纹细乱，人纹缺短明显。

3．掌上底色花纹横向排列，地纹缺失或发育不全。

4．指甲短缩，多为暗灰不透明，半月不整。

三、缺甲症

（一）病因病状：指甲异常，通常包括食指和中指的指甲完全丧失，拇指指甲只剩很小的部分，无名指指甲缩减较小，小指指甲一般是正常的。缺甲症可以与先天性缺指、并指或多指畸形相联系。指端营养不良、指骨发育不正常现象亦可见到。

（二）手象特点：1．拇指、食指指甲发育不良是必具特征。

2．手指指纹可扩展到指甲可覆盖的部分，不象常人那样。后天指甲缺失处皮肤多光

滑无纹，不可能出现手部特有的底色花纹。

3．甲半月丧失，一般小指正常，也易出现外弯现象。

4．手部主线分布集中，天纹下移，地纹回缩，有时上翘。

四、21 三体先天愚型（Down 氏综合征）

（一）病因病状：先天愚型是一个比较常见的多元先天性异常综合征。病人特征相似，扁平脸，有斜的睑裂，扁的枕骨，短头，小鼻，塌鼻梁，有斑点的虹膜和内眦赘皮。嘴经常张开，露出大而有沟的舌，上腭通常短而狭，颈短宽，四肢短。智力迟钝，关节运动松弛，肌张力减退，易常见先天性心脏病合并发生。

（二）手象特点：1．手掌呈方形，指短，小指常内屈，且第二指节很短，多只有一个指间屈纹出现。

2．指纹尺向箕形显著增多，箕形倾向于垂直，尺向开口呈 L 型，10 个手指基本相同。

3．人纹若出现则过伸，直达手部掌尺侧缘，也称“悉尼线”。

4．天纹、性线缺失，或细淡异常，有时出现性线上翘下垂转折明显。

5．天、人、地三纹合一横于掌中情况亦常见。

五、三体 18

（一）病因病状：病人发育延缓和智力迟钝，在大多数病人中发现仅有一条脐动脉，这是婴儿出生时一个有价值的诊断根据。婴儿不会吸吮，不能很好地生长发育，常见先天性心脏缺陷，头骨宽长，枕骨凸起，耳畸形或很短，腭弓狭窄，短颈，短胸骨，小骨盆，臀部外展有限，早期张力过弱，最后变为张力过强，亦常见合并腹股沟疝、脐疝、畸形肾或隐睾。

（二）手象特点：1．三纹合一通贯手掌，小指单一的指间屈纹。

2．手指指纹弓形频率大大增加。

3．大鱼际小，地纹弧度小，呈直短线止于手掌掌中，或转折明显止于手之桡侧缘。

4．小鱼际底色纹易现弓形或离散不规整。

六、三体 13

（一）病因病状：小头、小眼、裂唇和裂腭，低位和畸形耳，毛细血管瘤，多指，可后屈的拇指，过分凸起的指甲和马蹄内翻足。又有和三体 18 相同的表现，发育迟延，不能很好成长，喂食困难，两眼间距过宽，内眦赘皮，小颌，短颈，颈后皮肤过多皱起，腹股沟疝、脐疝、先天性心脏病等常合并发生。

（二）手象特点：大体同三体 18 相近，指甲的过分凸起及可后屈的拇指为手部明显特征。

七、8 三体嵌合体

（一）病因病状：表现为精神运动性障碍，狭肩和狭骨盆的细长躯体，有前额凸起的大脸，有时成畸形的头，斜视，胼胝体缺损，不正常的鼻，大的底位畸形耳，小颌，短颈，有限的关节功能，很深的掌和脚底屈纹，指甲发育不全，没有髌骨，心脏有缺陷，肾脏异常，经常患上呼吸道感染等。

（二）手象特点：1．手指指纹弓形频率增加，斗形频率减少，常与弓形同处一手。

2．大小鱼际等处底色花纹有同于指纹的趋势。

3．三线合一的通贯掌易见。

4．手指活动不灵活，抓握无力或机械性增强，各指不能达正常活动位。

5．手部可出现在深陷的掌纹之外的类似掌纹的深沟。

6．指甲脆短，凹陷，甲半月消失或不整。

八、X 染色单体

（一）病因病状：本病是由于完全或部分的 X 染色体单体引起的，有或无嵌合体。女性表现型身体矮小，成年平均身高为 140 厘米，眼睑下垂，内眦赘皮，白内障，斜眼，嘴角常向下，硬腭狭成高拱形，小颌和错位常见。耳凸出，常低位。后发际较低，胸呈盾牌状，易合并先天性心脏病，多为主动脉瓣狭窄。乳房不发达，乳头相距很远，外生殖器呈婴儿型，阴毛稀少，原发性停经，卵巢发育不全，马蹄肾常见，可有多发性肠血管扩张，智力一般正常。

（二）手象特点：1．掌短，尺侧（四、五掌骨）尤短。

2．指甲窄而深陷，横向过度凸起。

3．大、小鱼际不发达，性线紊乱或消失。

4．皮肤薄而皱，显现手上各主线均过于突出出现的形态。

5．地纹弧度小，多止于掌大鱼际桡侧缘。

第六节 手 针

按照中医经络学说，即认为人体内存在着一个纵横交错、四通八达的经络系统，它内属于脏腑，外络于肢节，形成统一的整体。经络系统中最重要的十二正经均是或发或止于手足末端，其中与手相关的有六条经，分别是手太阴肺经，手阳明大肠经，手厥阴心包经，手少阳三焦经，手少阴心经，手太阳小肠经。我们将正经上的穴位统称为经穴，手部经穴共有 23 个，其中手掌侧 9 个，手背侧 14 个。

除经穴外，人们从长期的医疗实践中，总结摸索出了许多虽未入正经但又固定有效的穴位点，我们称之为奇穴。奇穴在人们的不断总结发展中，很大程度上丰富或填补了经穴的许多不足。

还有一类我们将它叫做反应穴和反应区或者可叫全息穴和全息区。中外一些学者都对全息穴产生兴趣，有趣的是这些区域又独立于经穴与奇穴之外发挥着自己的作用。

经穴、奇穴、全息穴区可以看作是彼此独立又联系着的“调制信号输入元”，通过一定的有效刺激向整个人体传递着调节信息，我们便可以通过这一个个窗口从局部去调节整体。

一、穴点（穴区）分布与主治

1．手掌侧穴：共 17 穴 （图 19－6）

（1）胃肠穴：位于劳宫穴与大陵穴连线中点处。主治慢性胃炎，溃疡病，消化不良，胆道蛔虫症，昏热，鼻炎。

（2）足跟痛穴：位于胃肠穴与大陵穴连线中点处。主治足跟痛。

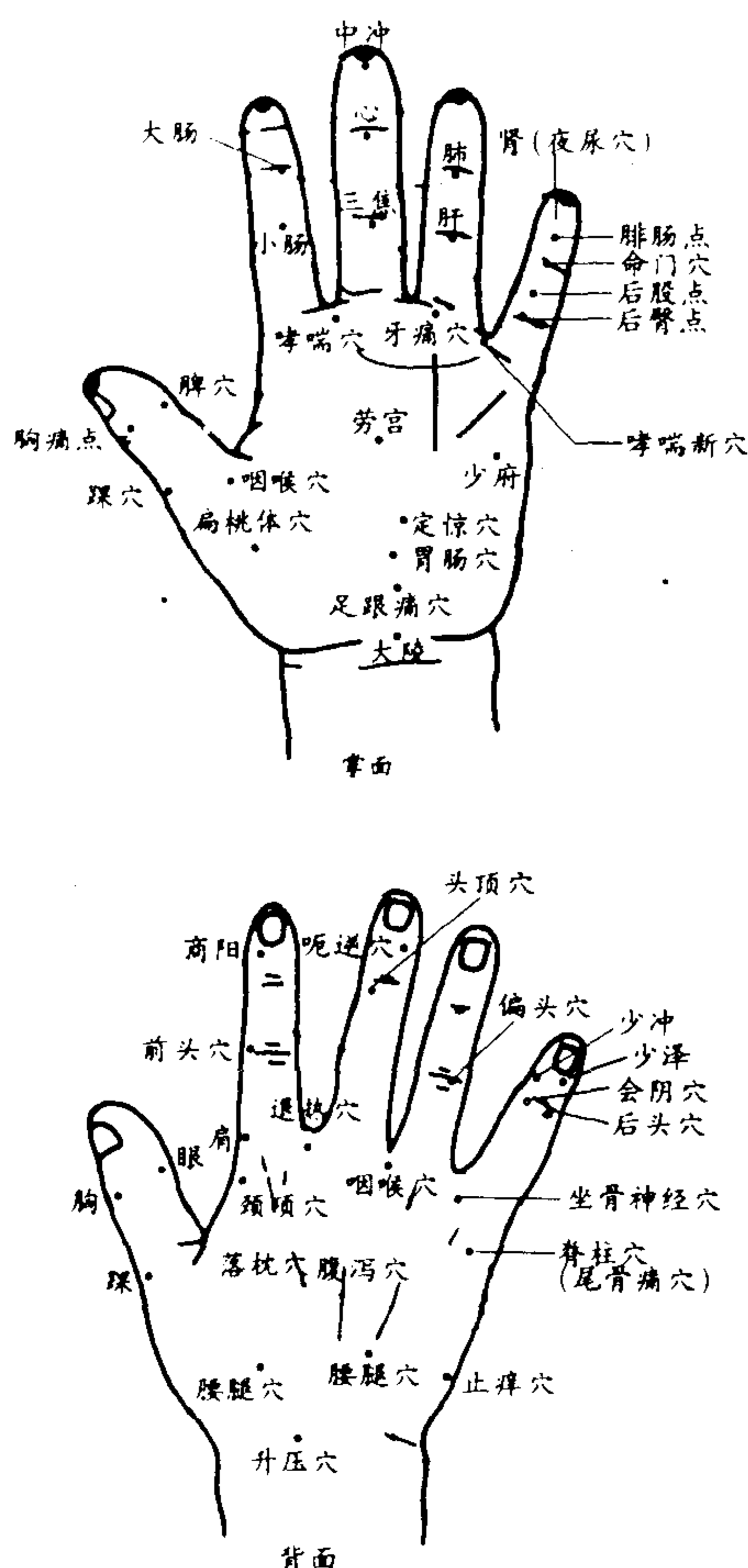


图 19－6　手针穴点示意图

（3）定惊穴：位于手掌大、小鱼际交接处。主治高热，惊厥。

（4）哮喘新穴：位于掌面，第四、五掌指关节间。主治哮喘。

（5）命门穴：位于掌面，小指第一、二指骨间横纹中点。主治腰痛、遗精，阳痿。

（6）肾穴（夜尿穴）：位于掌面小指第二、三指骨间横纹中点处。主治夜尿，尿频。

（7）肺穴：位于掌面，无名指第二、三指骨间横纹中点。主治咳嗽、胸闷、气喘，痰多。

（8）肝穴：位于掌面，无名指第一、二指骨间横纹中点。主治胁肋疼痛，胃脘胀满。

（9）急救穴：位于中指尖距指甲缘二分许（紧靠中冲穴）。主治昏迷，中暑。

（10）心穴：位于掌面。中指第二、三节指骨间横纹中点。主治心悸，心痛。

（11）三焦穴：位于掌面，中指第一、二节指骨间横纹中点。主治胸腹、盆腔疾患。

（12）大肠穴：位于掌面，食指第二、三节指骨间横纹中点。主治腹泻、便秘。

（13）小肠穴：位于掌面，食指第一、二节指骨间横纹中点。主治小肠病。

（14）脾穴：位于掌面，拇指指关节横纹中点。主治脾胃不和，腹泻，腹痛。

（15）扁桃体穴（鱼际穴）：位于掌面第一掌骨尺侧中点。主治扁桃体炎，喉炎。

（16）哮喘（咳嗽）穴：位于掌面，食指掌指关节尺侧处。主治支气管炎，哮喘。

（17）疟疾穴：位于第一掌骨与腕关节结合处，大鱼际挠侧缘。主治疟疾、发热。

2．手背侧穴：共 19 穴　（图 19－6）

（1）胸穴：位于拇指指关节桡侧赤白肉际处。主治胸痛，吐泻，癫痫。

（2）踝穴：位于拇指掌指关节桡侧赤白肉际处。主治踝关节痛。

（3）眼穴：位于拇指指关节尺侧赤白肉际处。主治各种目疾。

（4）肩穴：位于食指掌指关节赤白肉际处。主治肩部急性扭伤，肩周炎等。

（5）前头穴（胃肠穴、阑尾炎穴）：位于食指第一指关节桡侧赤白肉际处。主治前头痛，胃肠疾患，阑尾炎等。

（6）呃逆穴：位于手背中指第二指关节横纹中点。主治呃逆。

（7）头顶穴：位于中指第一指关节桡侧赤白肉际处。主治神经性头痛，头顶痛等。

（8）退热穴：位于手背中指桡侧指蹼处。主治发热、腹泻。

（9）颈项穴：位于第二、三掌指关节间，靠近第二掌指关节处。主治落枕、颈部扭伤。

（10）腰腿穴（腰穴）：有两个，位于手背腕横纹前1．5寸，分别在第二伸指肌腱桡侧和第四伸指肌腱尺侧处。主治腰痛，腰扭伤，腰腿痛。

（11）偏头穴：位于无名指第一指关节尺侧赤白肉际处。主治偏头痛，肋间神经痛。

（12）咽喉穴（牙穴）：位于第三、四掌指关节间，靠近第三掌指关节处。主治急性扁桃体炎，咽喉炎，牙痛，三叉神经痛。

（13）腹泻穴：位于手背第三、四掌指关节间上1寸。主治腹泻。

（14）升压穴：位于手背腕横纹中点。主治各种原因引起的血压下降。

（15）会阴穴：位于小指第一指关节桡侧赤白肉际处。主治会阴部疼痛，痛经，白带。

（16）后头穴：位于小指第一指关节尺侧赤白肉际处。主治后头痛，扁桃腺炎。

（17）坐骨神经穴：位于第四、五掌指关节间，靠近第四掌指关节处。主治坐骨神经痛，髋关节及臀部疼痛。

（18）脊柱穴：位于小指掌指关节尺侧赤白肉际处。主治急性腰扭伤，椎间盘突出，尾骨痛等。

（19）止痒穴：位于腕横纹尺侧缘前1寸赤白肉际处。主治皮肤瘙痒。

二、配穴方法

1．按疾病相应穴位取穴：如肺病取肺穴，胃痛取胃穴等。

2．按中医理论辨证取穴：如目疾选肝穴，因“肝开窍于目”；失眠选心穴，因心主神志；皮肤病选肺穴，因“肺主皮毛”等。

3．对症选穴：针对临床某些症状选取对应的有效穴位。如呃逆选呃逆穴，瘙痒取止痒穴。

以上三种取穴方法可单独应用，也可配合应用。如腰痛，可按部位取脊柱穴，按症状取腰腿穴，按中医脏腑辨证取肾穴等。

由于经络有左右交叉的传注关系，手针疗法在选穴时多选与疾病部位相对侧的手部相应穴位治疗，如左侧病选右侧穴位。若两侧病或内脏病选双侧穴位。

三、适应症

1．凡传统针灸适用的疾病，手针均可适用。手针的优点在于治疗方便。

2．手针对多种疼痛疾病有较好镇痛效果，对创伤、损伤、肝肿消退和修复效果也较显著。

3．对咳嗽气喘、腰痛、腹泻、心悸、头晕、失眠、多梦、乳少，眼肌痉挛等有效。

四、操作方法及注意事项

1．操作方法：手取自然弯曲位，皮肤常规消毒后，用26—30号，5分毫针，垂直于掌面刺入，以不刺入骨膜为度，深度3—5分，以得气为准。一般可采用捻转、提插手法，留针3～5分钟。治疗腰部、颈项部及各种关节软组织损伤时，应边捻转边令患者活动或按摩患处。

针刺疼痛性疾病时，痛止后，还必须继续行针1～3分钟，必要时可以适当延长留针的时间。也可加用电针治疗。

刺腰腿点时，针身与皮肤呈15—30角，针尖向掌侧面，从伸指肌腱与掌骨之间刺入，深5—8分，可用全息诊疗仪脉冲探头施治。

2．注意事项：

（1）手针针感一般较强，治疗前应向病人解释说明，以防晕针。

（2）手部血管网较丰富，针刺时应手法轻柔，避免刺伤掌中动脉网，引起血肿。

（3）针刺时要掌握深度，注意防止损伤骨膜。

（4）应严格消毒，以防感染。

五、常见病的治疗

（一）急性腰扭伤

取穴：选一侧手的双腰腿穴。

治法：选用30号0．5寸毫针，沿掌骨间隙平刺1．5～2寸，以提插捻转手法，每5分钟行针一次。同时嘱病人站立，两足分开与肩同宽，配合活动腰部，幅度由小逐渐增大，疼痛可随之减轻或消失。

（二）尿失禁

取穴：选双侧肾穴。

治法：取1寸毫针，刺入穴后行平补平泻手法，留针15分钟起针。10次为一疗程，疗程间休息3～5天。

（三）胆道蛔虫症

取穴：双侧胃肠穴。

治法：进针约1～1．5cm（防止穿透），捻转，用泻法，不提插，一般留针15分钟，每日1—2次。

（四）哮喘病

取穴：哮喘穴或新哮喘穴。

（五）皮肤病

取穴：肺穴、止痒穴和相应部位穴点。

第七节　方氏手象针

“手象针”，也叫手针，是方云鹏教授创立的。穴区分布主要由手伏象、手伏脏、桡倒象、桡倒脏、尺倒象、尺倒脏六部分组成，用来治疗全身疾病的方法。因有专著，本书不作介绍。

第八节　手部病理按摩法

手部病理按摩法，是根据中医和全息理论发展起来的一门防病、治病的独特疗法。全息理论认为，每一机体的局部都含有整体信息。足与手都属于全息元。当机体某一器官出现病变时，则各个全息元中该器官相对应的“位点”将出现某种异常，形成敏感点或病理反应点，临床上即可用于诊断及治疗。通过对病穴区按摩的适当刺激，传入信息将沿着全息元各种通道传入机体各脏器，从而调整了被破坏的平衡，纠正紊乱，达到防病、诊病、治病、保健的作用。

一、穴区分布

1．定位的原理

胎儿在母体中是呈屈曲状倒置在宫腔内的，靠脐带从母体吸收营养。手诊的脏器解剖定位如同耳诊一样，恰似一个完整胎儿分布在手掌上。内脏器官缩影在手掌上是呈全息位。因为人在直立时，双手自然下垂呈现半握拳状，所以当我们手掌展开时，则头部位于中指根部、会阴在掌根部的胎儿脏腑分布图，并有固定的方位，大小及形态规律。

2．各脏腑器官的具体分布参见手诊部分。

3．定位的规则及说明

（1）定位的规则

①男左女右，指尖表示人体上部，手掌代表人体五脏六腑，掌根代表人体的下部。

②大拇指方向为左侧，小指方向为右侧。

（2）几点说明：

①一定要把疾病反射区和具体的脏腑解剖反应区分开。如肛门疾病的反射区在拇指的指端，胆结石的反射区在脾的下方，糖尿病的反射区在小鱼际的下1/3区内，与解剖位置的反应区不同，在这些反射区内没有脏腑器官的形态特点，只有疾病的信息反应。

②手的全息诊断及按摩，不但要了解脏腑器官定位原理，还要掌握一些必要的医学解剖知识，把人体各器官的形态成比例地缩小在手上，经过一段时间的实践，就能准确判断疾病的发生、发展。

二、适用范围

1．手部按摩可以疏通经络，调合营卫，流畅气血，平衡阴阳，调节整体而达到治疗保健作用。还可以通过手部穴区和反应区刺激以达扶正祛邪，消炎止痛、散滞解郁，促进组织修复的作用。因此，可广泛适用于内科、骨伤科、妇儿科、皮肤科、五官科等多种病症的调整治疗，安全、无痛苦。

2．适用于机体各种疼痛性病症，有明显的镇痛作用。另外，在某种程度上有很好的自我保健和美容作用，益智醒脑、扶正抗癌等。

3．适用于几乎全年龄段的从事各种工作的人们的学习使用，不受场地时间的限制，他施与自施均可。对于医疗条件较差或就医有困难的人们提供一种有效的医疗方法，便于推广普及。特别适用于小儿、年老体弱、惧针的患者。

三、配穴方法

治疗部位选取的基本原则是以压痛点（区）为准。

1．依病变部位（受累的脏腑器官）选取穴区。同一器官、同一系统的各种病症，可选取相对应的脏腑反应区。如各种胃的病症都要按摩胃的反应区。

2．依中医理论辨证取穴，如肝肾阴虚引起的头晕目眩，除取头晕区，还须取肝区，配以肾区以滋水涵木。

3．全手按摩与重点按摩：对于慢性病，一般采取“全手按摩，重点加强”的办法，即把所有反应区都按摩一遍，在此基础上，发现重点压痛点或反应区再加强按摩（在按摩次数、力度上加强刺激），以收到治病的效果。

4．依临床经验选择配穴。

四、操作方法及注意事项

1．手部按摩手法的基本要求是持久、有力、均匀、柔和，以透深部达到治疗调整的目的。用于预防保健，强调手法的连续和缓并持之以恒；用于治疗，强调穴位和反应区按

摩准确有力，着力均匀。手法的训练还需要在实践中认真体会，逐步提高。

2. 熟练掌握相关的穴区、操作手法及辅助工具的使用。

3. 操作力度要根据病人不同体质、不同病症、以及穴区适宜的手法要求变化运用。适度持续性的刺激最好。当然在特殊急痛症中可以视情况加大刺激量。

4. 治疗时间最好在每日固定的时间进行按摩。中午，晚上休息前一段时间较充分，可安排进行。每次按摩应在20—30分钟左右，每日1—2次为宜，也可视情况增加。

5. 手部有严重溃烂、出血及传染性皮肤病等严禁施术。

6. 严重心脏病、精神病、高血压等，除用于急救外，一般忌手部按摩，即使操作也必须施以轻柔和缓的点按手法。

7. 妇女怀孕期间严禁暴力按压刺激手部穴区及反应区，特别是与妇科相关的穴区。可施以轻微按柔或以熏灸代替。

8. 空腹时一般不宜操作。饭后1～2小时再开始按摩。

9. 按摩手部有疼痛现象时，是因为其反射区内有酸性代谢产物，按摩后可使之经肾脏排出。所以应多喝水，并配合肾、输尿管区的按摩。

上面的操作手法及注意事项是在实践中归纳总结的。目的在于保证手部按摩的安全可靠。应引起重视。

五、常见病的治疗

（一）呼吸系统疾病

1. 咳嗽：按摩鼻咽、气管、肺、肾反应区。

2. 哮喘：按摩咽喉、气管、肺、肾、输尿管、膀胱各反应区，无名指各侧咳喘区。

3. 支气管炎：按摩咽喉、气管、肺反应区及无名指各侧咳喘区。

4. 肺炎：按摩气管、肺反应区、无名指的各侧。

5. 咽喉炎：按摩咽喉、扁桃腺反应区。

6. 流感：按摩鼻咽、扁桃腺、肺反应区。

7. 喷嚏：按摩鼻、气管、肺反应区。

（二）消化系统疾病

1. 食欲不振：按摩胃、肠反应区。

2. 慢性胃炎：按摩胃点、脾点及消化系统反应区。

3. 十二指肠溃疡：按摩胃、肠反应区。

4. 胆囊炎：按摩肝、胆、脾、十二指肠反应区。

5. 腹泻：按摩胃、肠反应区。

6. 痔疮：按摩直肠痔疮区、肠的反射区。

7. 胰腺炎：按摩胃、十二指肠、胰反应区。

8. 口臭：按摩胃反射区。

9. 呃逆：按摩食管、胃区、胸膈反射区。

10. 便秘：按摩胃、肠、直肠各反射区。

（三）血液及循环系统疾病

1. 高血压：按摩肾、输尿管、膀胱、头部、心、高血压反射区。捻摇中指、拇指。

2. 低血压：按摩肾、输尿管、膀胱、头部、心、低血压反射区。捻掐中指各侧。

3．冠心病：按摩心、肾、输尿管、膀胱等反应区。捻掐拇指及中指。

4．心悸：按摩心区、心律区、肾反射区。

5．贫血：按摩脾、肝、心、肾反射区。

6．紫癜：按摩鼻、口反应区，心区、脾区、肾区。

7．肺心病：按摩肺区、心区、气管区、咽喉区、揉擦大鱼际、小鱼际。

8．病毒性心肌炎：揉擦掌心、按摩心区、拇指掌指关节，捻转揉按大鱼际区，摇拔各指。急病可重手法刺激，加用手各指端点掐，肺、肠胃区按摩。

9．无脉症：持续按摩心区、头区、掐捻各指腹及桡尺侧缘。

10．白血病：持续按揉手部心区、肝区、脾区、肾区、掌心重擦，推掌背。

（四）神经系统疾病

1．头痛、失眠、健忘、神经衰弱、精神不集中等头部病症：按摩头部反应区、擦掌心、头晕、头痛、肾反应区。按揉手掌手背掌骨缝隙。肾虚头痛可加用固肾穴区。

2．中风后遗症：按摩手部头区，掐揉各指、桡尺侧缘及指腹，捻拔各关节，患侧加强操作。

3．癔病：发病时重掐手指甲根部，捻拔各指，重点在头区。

4．癫痫：平时摩推手掌、手背，捻摇各手指。发作时可点头区。手法迅速用力则更有效。

5．三叉神经痛：重点手部头区、口区、眼区。急发施以重手法。

6．面瘫：按揉手部头区、口区、眼区、捻拔摇掐各指。

7．低热：按揉手部头区、胃肠区、肾区；推擦背侧第三掌骨及桡尺侧。

（五）泌尿、生殖系统及代谢疾病

1．泌尿系统感染：重揉手部肾区、输尿管区、膀胱区。掐揉小指各侧及掌部小鱼际侧。

2．慢性肾炎：持续按揉手部肾区、输尿管，膀胱区、浮肿区及小指的各侧。胃、肠区，摩掌心。

3．尿潴留：重按手掌部肾区，膀胱区，输尿管区、小指各侧，擦掌根。

4．尿失禁：擦手掌小鱼际区、捻揉小指，按揉肾区、膀胱区。

5．遗尿：按揉肾区、输尿管、膀胱区。

6．泌尿系结石：按揉手部肾区、输尿管、膀胱区、生殖器区。发作时宜手法深透有力，平时宜适中，出现尿潴留可加相应穴区。

7．月经不调：持续按揉手部生殖区、肾区、擦掌根，掐揉小指。

8．痛经：重点手部肾区、生殖区，推大小鱼际，掐按第四、五掌骨间隙。

9．功能性子宫出血：按摩手部生殖区、擦掌根、按揉小指。手法由轻到重，反复操作。

10．经行乳房胀痛：推手部掌面掌指关节及掌骨间隙、擦掌根、点揉胸部、乳腺区、肺区、肾区、生殖区。配合深呼吸、扩胸等动作。操作手法由轻至重。

11．经行头痛：按摩手部生殖区、肾区、头区、头痛区。

12．绝经期症候群（更年期综合征）：点揉手部头区、肾区、生殖器及肠胃区，可于睡前及晨起坚持操作，必要时可对症加配穴区。

13．带下病：按揉手部肾区、生殖、卵巢、膀胱、胃肠等区，摩掌心。

14．妊娠呕吐：按摩手部胃区、生殖区、头区、摩热掌心。操作手法要持续和缓，不可重手法刺激或突然发力，以免对胎儿造成不良影响。

15．先兆流产：按揉手部肾区、生殖区，擦掌心，推掌骨间隙，揉按小指。可于相应穴区温灸。手法要迅速轻柔，不能突然用力。

16．胎位不正：摩掌心，揉肾区、生殖区，擦掌根。

17．生产血晕：点揉手部心区、胃区、肾区，擦掌根。

18．产后大便难：按揉手部胃肠、生殖、肛门、肾等反应区，掐揉各指，重点在拇指及无名指便秘区。

19．产后排尿异常（包括潴留、失禁、带血等）：按揉手部肾区、膀胱区、肝区、尿道，推手掌侧正中线。按摩可以起到温肾调肝，解痉理尿的作用。

20．缺乳：推擦手部头区、肾区、肝区、脾区、胃区，擦掌根、掌心、乳腺区。

21．子宫脱垂：按摩手部肾区，子宫区、生殖区、脾、胃区，擦推掌心。按摩手法宜深透有力。按摩可起到改善血液循环及盆腔结缔组织状况的作用，对子宫脱垂有良好的改善作用。

22．盆腔炎：按揉手部生殖区、卵巢区、输卵管区、子宫、肝区、肾区。急性炎症手法宜有力深透，慢性可持续适中。

23．子宫肌瘤：点揉手部肾区、生殖区、肠区、脾区，推掌根。患者可在操作时配合腹部放松，不要精神紧张。平时可配合进行摩腹、蹲起及深呼吸等活动。

24．阴痒：按揉手部胃、肠、肾、膀胱、生殖等反应区，擦掌根。急痒时手法可用力透达，一般情况可中度施力。注意外阴本身保洁，经常清洗及更换内裤。

25．不孕症：点按手部肾区、生殖区，擦腕关节、掐捻小指、推大小鱼际。

26．前列腺炎：持续推按手部肾区、膀胱区、及其他泌尿生殖区，擦掌根，捻摇小指。

27．遗精：重擦手部掌心、掌背，重点按摩肾区、生殖区。

28．阴萎：持续按揉手部肾区、生殖区及生殖腺区，捻摇小指，可加按头区等。

29．不育：重按手部肾区、生殖区及生殖腺区，掌腕部摩推。

30．糖尿病：推按手掌咽、口、食道、胃、肾等反应区，重擦并掐按中指下掌正中线。

31．甲状腺机能亢进：持续按揉手部头区、颈区、心区、眼区、肠胃区、内分泌区，掐推中指下掌正中线。

（六）外科、皮科、五官科疾病

1．阑尾炎：点揉手部胃区、肠区、阑尾区，掐按大小鱼际根部，擦掌根。

2．肠梗阻：摩手掌心，旋推胃肠区，点按膀胱区、肾区（病人取俯卧位）。

3．血栓闭塞性脉管炎：自腕部向手指端重推，操作范围广泛，力度均匀深透，之后从远端反向推按、反复操作，可加用循环系穴区。

4．精索静脉曲张：可按揉手部生殖区，睾丸、肾区，擦腕部掌背侧。手部按摩可以缓解不适感，改善患病部位血液循环，有很好的配合治疗效果。

5．脱肛：推按手部肛门、肠区、肾区，擦手掌正中线并自腕部向中指推按。

6．颈椎综合症：按揉手部肩颈反应区，可加头区、掌背侧第三掌骨及桡侧两缘推按。患者应配合头颈摇动。

7．类风湿关节炎：按揉手部各小关节及腕关节。重按掌侧背侧掌骨各间隙，捻拔摇各指及腕关节。

8．滑囊炎：手部反应区可选对应发病部位的相应节段摩推，如肩峰发病可调理肩区等。

9．丹毒：重推手掌侧、背侧骨间隙，掐甲根部，按揉手部肝区、肾区、脾区、膀胱区及与发病部位相应反应区。

10．疖病：点按手部脾区、肾区、生殖区、肝区。按摩可加速毒素排出，协助药物发挥作用。

11．荨麻疹：点按手部肝区、肾区、膀胱区、胃肠区或肺区。

12．湿疹：按揉手部相应敏感点、肾区、脾区、胃肠区。

13．神经性皮炎：选择发病部位相应反应区点揉，配合头区、脊椎系反应区。

14．痤疮：点按手部心区、肺区、肾区、生殖区、胃肠区，可掐点掌侧内分泌点。

15．冻疮：捻揉拔摇各手指及腕关节，掐点甲根及各小关节，推大小鱼际及各指掌背侧及桡尺侧。

16．口疮：点按手部反应区口区、脾区、肾区及相应反应点，推掌及指。

17．鼻炎：点揉手部鼻区、咽区、肺区，推中指下掌正中线。

18．中耳炎：点按手部咽区、耳区、肺区、肠胃区，捻掐中指、无名指。

19．近视：点揉手部目区、肾区、肝区，擦掌正中线。

20．青光眼：推摩手部目区、肝区、肾区，推各指掌面及桡尺侧。

第二十章　腕踝全息诊疗法

腕踝针是针刺部位只局限在四肢的腕和踝，通过皮下针刺治疗全身一些病和症，主要有多种痛症、神经疾病、精神疾病及其他临床病症。

腕踝针是张心曙教授自1966～1975十年间在电刺激疗法治疗以神经症为主的经验基础上，受传统经络学说、耳针、穴位针刺法的启发，从实践中逐步发展起来的一种微经穴诊疗系统的针刺疗法。我们认为亦属全息医学范畴。

第一节　腕踝针的特点和优点

一、特点

（一）身体两侧各分六个纵区：各区用数字1～6编号，疾病症状按区定位。

（二）腕踝部各定六个针刺点：各点都在腕和踝的各区内，也用数字1～6编号，与区的编号相同，应用时按疾病的症状所在区选取编号相同的针刺点，点的位置只作相对固定，可以根据情况移位，并不影响疗效。

（三）皮下浅刺法：要求不出现酸、麻、胀、重、痛感觉。

二、优点

（一）简单易学：只用六个数字表明症状所在区及针刺点位置，只要确定症状所在区也就确定针刺点，各点皮下针刺方法相同，因此易懂易学，更适合西医应用。

（二）安全方便：在腕和踝皮下针刺，这里没有重要组织和器官，不会发生针刺意外。病人对针刺的恐惧减少，感到安全。治疗时只要露出腕和踝，不需要脱衣服，不受时间、季节和环境限制，针刺入后肢体活动不受影响，又可检查针刺疗效，故颇方便。

（三）治疗面广：针刺部位虽只限在腕和踝，治疗面却能遍及身体各部，包括精神、神经和躯体一些病症，如：睡眠障碍、神经症、精神病，脑血管性偏瘫、脑外伤后遗症、末梢神经疾病，对各种痛症疗效显著且迅速，对其他临床科病症也有一定疗效。治疗中除精神疾病用小剂量奋乃静外，一般不并用药物或其他治疗，单纯观察针刺效果，据2266例174种病和症治疗统计，显效与痊愈36%，好转46%，无效18%，总有效率为82%。

第二节　探索简史——从电刺激疗法到腕踝针

作者是西医，在上海第二军医大学附属长海医院神经科工作，以精神病学为专业。对腕踝针的探索起于偶然，自1966年开始，分二个阶段进行，到1975年初步告成。

一、第一阶段——电刺激疗法

偶然是从1966年对一例男性青年患癔症性两下肢瘫痪的电刺激疗法开始。当时国内盛行一种经皮电刺激疗法，该法用治疗精神病的电休克机，将两个直径约3厘米的圆形电极放在瘫肢两侧，用强电流短暂通电约1秒钟，要求达到一次治疗成功使瘫痪消除。我们

用的是低频脉冲电休克机，在同科几位医生配合下治疗这一病例，治疗前向病人说明治疗方法以求得配合，通电时病人痛得挣扎大叫，瘫肢竟立即治愈能下床走路，还发现原有关节痛及腿感觉麻也同时消失。从这一例治疗情况体会，这种疗法确有一定疗效，但刺激量过强，不是一般病人所能忍受，癔症性肢瘫毕竟偶见，若能设法用于门诊中常见的关节痛及皮肤感觉障碍病例就方便了。为使一般病人能够接受，首先需要减低电流刺激强度，但这样是否会影响疗效？

考虑到电极位置可能与获得疗效所需电流强度有关。原来治疗时两个电极放在瘫肢两侧，电流在电场中走向与肢体内纵行的神经、肌纤维等组织呈直角穿透，接触面小，单位刺激强度也就小，以致电流强度必须大才能产生疗效。若将两电极距离增大，即沿肢体纵轴按上下位置放，使电流走向与组织一致，单位刺激面也就增大，可能用较小电流强度就能获得疗效。于是试将电流强度从原来 60 毫安降低至 40 毫安，通电时间仍为 1 秒，治疗上半身疾病时两电极放在手腕关节附近的常用穴合谷与内关处；治疗下半身疾病时电极放在膝关节附近常用穴梁丘和足三里处。对门诊病人试治果然能获得一定疗效，因此扩大了一些治疗范围，自 1966 年 1～6 月共治疗 231 例，其中有肢瘫、关节痛、各型感觉障碍、皮肤瘙痒症、癔症等，获显效与痊愈 139 例（60%）、好转 67 例（29%）、无效 25 例（11%），有效率 89%。通过治疗提示：①改变电极位置，即使用较低电流强度刺激，仍能获得疗效；②治疗不仅对癔症性肢瘫有效，对关节痛、感觉障碍等也有效；③局部电刺激不仅对邻近病症有效，对远距离病症也有效；④由于电流强度减弱，病人较能耐受，就有可能扩大应用范围。在半年试治过程中，根据病人对电刺激不同反应及疗效比较，电流强度再从 40 毫安逐渐减低到 20～15 毫安，通电时间仍不变，发现当电流强度降至 10 毫安以下，病人反应虽轻，疗效也随着减低。分析原因可能与刺激点离症状距离过远，刺激时间过短有关，于是在以后试治过程中，将电极放在症状局部的两边，相当于“阿是”穴，并延长刺激时间。

但这种方法电流强度必须加大到病人感觉能透至深部病感部位才有效。由于电流强度减低病人完全能耐受，当一次短暂通电未能达到疗效时，给予连续几次间断刺激，以后进一步改为持续刺激，竟获得疗效，这是个新发现。但应用一段时间后，发现如下缺点：①治疗时病人需要脱衣服，这在寒冷季节又无保暖设备情况下，应用不方便；②只能用于局部病和症，对范围较广的病症不能应用；③不能用于头部及心区部位，以免引起头晕、影响心搏动等不良反应；④电极位置零乱，以后不便归纳总结。所以，认为按“阿是”穴方式放置电极并非理想部位。

理想的刺激部位在何处？能否找出适当的刺激点与应用规律来？是先定部位后找规律还是先定规律后定部位，两者之间何者为主，在当时成了思考中心。经分析比较，认为应该先确定刺激部位，然后才能定出刺激点和应用规律。放置电极理想的部位应是使用方便，能对远病症处起作用，并能得出简便规律，应用时只要掌握这样的规律就方便了。

从耳针联想到腕和踝：当思考集中到一点时常会产生各种联想，想到了耳针。根据耳针，在耳廓那么狭小部位身体各部都在这里投影，针刺不同的点能对远处病症起治疗作用，这是个启发。但耳廓那么狭小，治疗点又那么密集，针刺可以，却放不下直径为 3 厘米的圆形电极，使用也不方便，因此，耳廓也不是理想部位，不过狭小的耳廓能与身体各部发生联系这种模式仍值得考虑，那末，身体除耳廓外还有那么狭小、使用方便、又可放

置电极的部位呢？这样才想到腕和踝。这两部位比较理想，理由是①应用方便，不必脱衣服，只要露出手腕和踝足即可；②表面平坦，可以放电极；③初期曾有利用腕部的治疗经验。于是考虑在腕部作治疗时，两个电极仍分别放在合谷和内关，下肢的踝部同腕相当，电极不应放在膝部附近的梁丘和足三里，应下移至与腕相当位置，于是一个电极放在足的第一、二趾间的“行间”穴处，另一放在踝上内侧面中央的常用穴“三阴交”穴处。

电极在腕踝部平面位置的变化：开始时，只刻板地将一对电极放在腕或踝的固定位置通电治疗。有一次遇到一例右上臂外侧感觉麻木的病人，当两电极处于合谷与内关位置通电治疗时感觉无变化，但当将内关位置电极移至腕背外关位置，即与麻木症状处于同一侧面，麻木立即消失。此现象也见于其它病例。由此表明：两个电极中一个是作用电极，另一是无作用电极，当作用电极处于与病症所在的相应位置时才起作用，否则不起作用。

既然电极作用在腕踝部内外侧有以上现象，那么在内外侧的同一平面是否也会有不同作用？根据经络学说，腕踝部各有三条阴经和三条阳经与身体的不同位置相联系可资借鉴。针灸学上对各病症的治疗方法常有多个主穴和配穴，这些穴位又常与不同的经络相联系，各书描述又不一致，使初学者迷惑不易掌握。当时考虑：何谓主穴？何谓配穴？既有主穴又何需配穴？若能根据疾病症状从中找出各自有效的刺激点，并有相应的规律可循，对非针灸专业的初学者的临床应用就方便了。但如何找出这样的主要作用点，又如何找出什么样的规律？

电刺激疗法的电流强度既已减弱，虽持续通电病人完全能忍受，这就可以使作用电极在皮肤上移动，以观察在不同位置的刺激对不同部位病症的治疗效应。为使电极能在同一平面的不同位置移动，就必须将电极缩小才有可能。于是将电极直径由 3 厘米缩小至 1 厘米，在腕部作治疗时作用电极移动在内外关一圈；在踝部作治疗时作用电极移动在三阴交与悬钟一圈，以观察腕踝部内外两侧的内中外三点对身体各部位症状的治疗效应，并加以记录，对有效反应的刺激点再在其他有类似症状的病例作重复跟踪试治，以检定其可靠性，发现腕部各刺激点主要对横膈以上的上半身病症起作用；踝部各刺激点则对横膈以下的下半身病症起作用。所观察的诸症状中以对疼痛的反应最灵敏，故在以后探索电极位置与症状部位的关系中，多以对疼痛能否产生疗效为指标。多次重复的跟踪观察，发现靠近身体前中线的病症，位在上半身的如咽喉部痛，电极要放在腕部掌面近小指侧；在下半身的如上腹痛，电极要放在踝部跟腱内缘处才显效。近后中线的病症，如后头痛时，电极要放在腕背的小指侧；腰痛时，电极要放在跟腱外缘外才显效。身体侧面的症状，如耳痛，电极要放在腕的内外侧交界的桡骨缘上；膝关节痛，电极要放在踝部内外侧交界的胫前肌上才显效。如何解析这样的疗效反应？

从生物进化及身体分阴阳面观点引起的设想：如上的电刺激点与症状部位的对应关系用神经解剖学观点不能解析，与经络走向也不一致。困难中联想到生物进化与身体分阴阳面。生物的进化到脊椎动物，从无肢向有肢发展体现着躯体功能的延伸；身体分阴阳面是生物的共同现象。人在胚胎发育期重复着生物进化的历史演变。受精卵发育成球形的囊胚后，逐渐向纵延伸呈圆锥形，这种纵的延伸，在以后的发育过程中，虽然内部结构复杂化但其方式不变。胚胎发育约至 32 天，从躯干上下端发出上下肢芽，以后发育成上下肢。用阴阳面观点看胚胎发育至幼儿期，在胚胎发育过程中胎儿呈卷曲状态，身体始终保持内面为阴外面为阳状态，出生后从婴儿期四肢着地爬行到幼儿期身体开始直立，上下肢和躯

体的阴阳面方面发生转向，上下肢仍为内侧为阴外侧为阳，躯体则为前为阴后为阳。上下肢既从躯干分出，虽发生了复杂演变，仍可看出两者保持着密切对应关系，试将上下肢内侧面旋前，即阴面向前与躯干阴面一致，两侧上下肢互相靠拢，则靠拢处前面的缝与躯干的前中线相当，后面的缝与后中线相当，四肢外侧阴阳面交界与躯干前后面交界相当，肢体与躯体重叠，这样，身体又恢复了圆锥形。

前后中线既将身体分左右两半，按经络学说观点，从前中线的正阴到后中线的正阳可分三阴三阳，结合身体在成长过程中呈纵行发展，这样身体两侧包括躯体与肢体各可分成六个纵区，用数字1～6编号，则1．2．3区在阴面，4．5．6区在阳面，在阴阳面交界处一般阳面较阴面略宽，这也是生物的共同现象。躯体和肢体各区既相对应，当躯体某一纵区内出现病症，在肢体同一编号区内给予刺激可以得到调整反应。这种调整反应在四肢的腕和踝特别显得灵敏，这可能是四肢从躯干延伸目的是要使身体各部显得更灵活，原位于深部的神经和血管行经到腕踝部这样狭窄部位就显得表浅，也就对刺激更敏感。对刺激的反应只有通过神经系统才显得十分敏捷，这在平时生活中就可得到体会，在以后改用针刺疗法中治疗疼痛，当针刺入皮下一定距离，痛能立即消止也可得到证明。所谓调整主要是通过神经刺激使有病症部位处于痉挛状态血管和肌肉得到解痉，改善血液循环以促使恢复。

以这样的设想得出：身体分纵区与腕踝部刺激点具有对应关系，即只要找出症状所在的区，就可确定治疗的刺激点。通过250例多种病症的治疗观察，初步认为具有实用意义。这样，方法简便，有一定规律可循的方案终于找到了，时间是1968年底。

电刺激疗法虽应用方便但有其不足：①首先要有一架电刺激治疗仪；②一架治疗仪只有一对电极用以治疗一个局部病症，有多个症状同时存在时，使用就费时；③电极虽已缩小，还是过大，不能更正确定点。由于当时受环境影响未能继续探索，三年以后重新工作，改用了针刺法。

二、第二阶段——腕踝针

1972年2月，按电刺激疗法作用电极的刺激点改用针刺，不仅仍能保持点与区的对应关系，并发现许多用电刺激疗法未曾见到的现象，针刺面积比电刺激小得多，对刺激点的位置得到进一步明确。

垂直针刺法的困惑：最初仿体针的传统垂直针刺法，要求出现酸、麻、胀、重等“得气”感，有一定疗效，但以后发现以下困难：①留针后常发生滞针，针不易拔出，病人感痛；②病人对得气感有恐惧；③皮肤与骨面接近的部位，针不能垂直刺入；④针刺深度不易掌握，担心刺伤深部血管和神经。其中最常发生的是滞针，且不易避免。分析滞针原因，可能是由于垂直刺人的针与深部纵行组织发生缠绕所致，设想若将针刺入的角度与皮下的组织走向较平行呈45度角斜刺，或许可以避免缠绕现象，即使发生拔针也较容易。试用结果，达到要求，并取得疗效。

“得气”的启示：针的斜刺法虽能取得疗效，也能出现得气，为减少病人对得气的恐惧，设想能否使针刺不引起得气又能达到疗效，即得气与疗效之间是否存在必然联系。分析针刺达到得气与针刺至深部组织有关，若不深刺而是浅刺就不会引起得气，但浅刺要达到什么程度？把长的针刺在皮内是不可能的，最浅只能刺至皮下。多年来观察疗效最敏感的标志是疼痛，可以根据病人主诉，结合指压痛点时病人所表现反应强度作衡量。有一次

遇到一位患膝关节痛的门诊病人，检查时指压痛处病人叫痛，并出现避痛反应，在征得其同意并愿配合情况下，试将针刺过皮肤后沿皮下缓慢刺入，病人没有出现得气感，关节痛及压痛竟立即消失。以后在其他有疼痛病例试治，也获得同样疗效。这一发现表明：皮下针刺不出现得气也可以有疗效，在针刺方法不同情况下，得气并非是获得疗效的必要条件。以后还进一步发现，针刺入皮下越表浅、越不引起得气感，症状消失越完全。

皮下针刺的针刺点位置：针刺与电刺激法不同，电刺激时电极只放在腕踝部皮肤表面，刺激面大，对刺激点位置要求不十分严格。针刺则不同，针刺点小得多，位置要求严格，刺进皮下要考虑不刺伤表浅血管。既已认为针刺点和身体各区具有对应关系，只要在区内居中位置任何一点针刺，均能使对应区内病症起治疗反应。因此，针刺点位置就可不像“穴”那样固定，可以根据针刺的局部情况适当移位仍能同样有效。针刺点并非治疗的作用点，只是针刺入皮下的点，针是沿皮下刺入，对神经末梢的接触面呈线形，比垂直刺入的点范围大，因此，疗效也往往较大，用微刺激即能奏效。

针刺方向：皮下针刺也产生了方向问题。起初，针刺方向只朝向心端，以后遇一病例表现整个上肢感觉麻木，针朝向心端刺入后，发现针刺点平面以上感觉渐恢复，平面以下感觉仍麻木，当再用一针从平面以上位置朝离心端两针对刺，麻木才消失。以后遇到病症部位在腕或踝以下时，发现针要向离心端刺时才起疗效。这些现象提示针刺作用有时与针刺方向有关。

腕踝针的探索自1966年从电刺激疗法开始，受经络学说、耳针、穴位的启发进行临床实际探索，从失败中取得进展，至1972年改用针刺，从原来的垂直刺进至沿皮下浅刺，逐步得以完善。因针刺部位仅限在腕和踝，1975年定名“腕踝针”，1976年公开发表。

第三节　腕踝针的治疗方法

一、身体分区

身体分区目的是为疾病的症状可按区定位。

疾病的症状表现可分两类：一类能定位，如面瘫、三叉神经痛、膝关节痛等，这类症状最多见，所谓病症定位主要是指这一类。病和症的位置可以同一，也可以不同一，可以在身体同一侧或不同侧。另一类不能定位或全身性症状，如睡眠障碍、精神症状、全身皮肤瘙痒等。病人的病症可能只表现其中一类，或只表现能定位症状，或只表现不能定位症状，或两类症状俱有。这三种方式均常见。

（一）身体分区法：分两部分：①躯体：包括头、颈和躯干；②肢体：包括上肢和下肢。划臂干线和股干线作为上下肢与躯干分界，臂干线环绕肩部三角肌附着缘至腋窝；股干线自前面的腹股沟至后面髂骨嵴。

1．头、颈和躯干分区：在身体前后面中央各划一条前中线和后中线，中线将身体分两侧，每侧由前向后分六个纵区（见图20－1～3），用数字1～6编号，其中1．2．3区在前面，4．5．6区在后面。

1区——沿前中线两侧。在头面部自前中线至以眼眶外缘为垂直线之间的区域，包括前额眼、鼻、面颊、唇、前牙、舌、咽喉、扁桃体、颏；颈部沿气管、食管；胸部至胸骨缘，包括气管、食管、胸肋关节、心区一部分（左）；腹部自前中线至腹直肌缘区域，包

括胃、胆囊、脐部、下腹之膀胱、子宫、外阴。因身体主要内脏器官大多集中在1区，故此区症状最多。

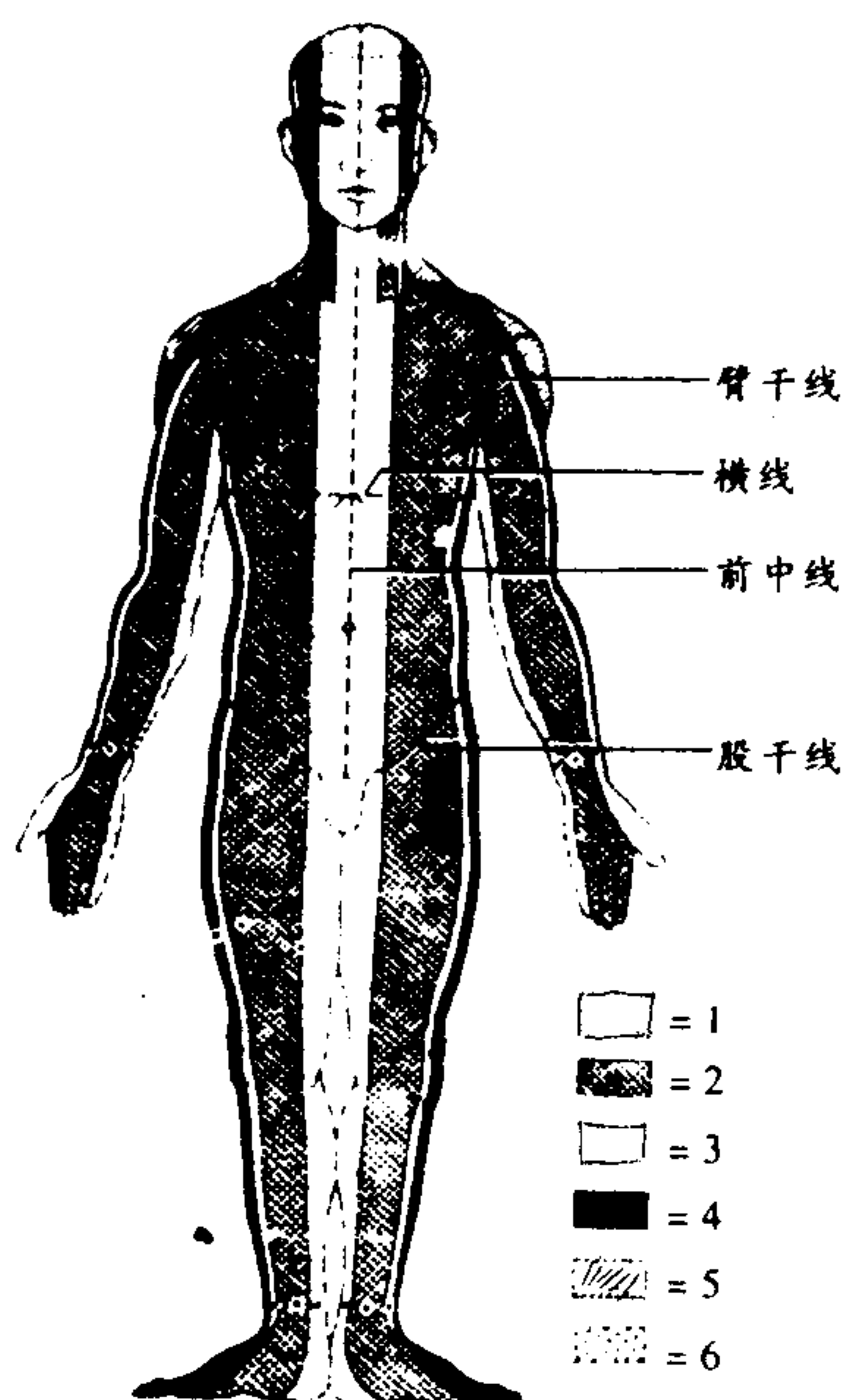


图20－1 身体分区图（前面）

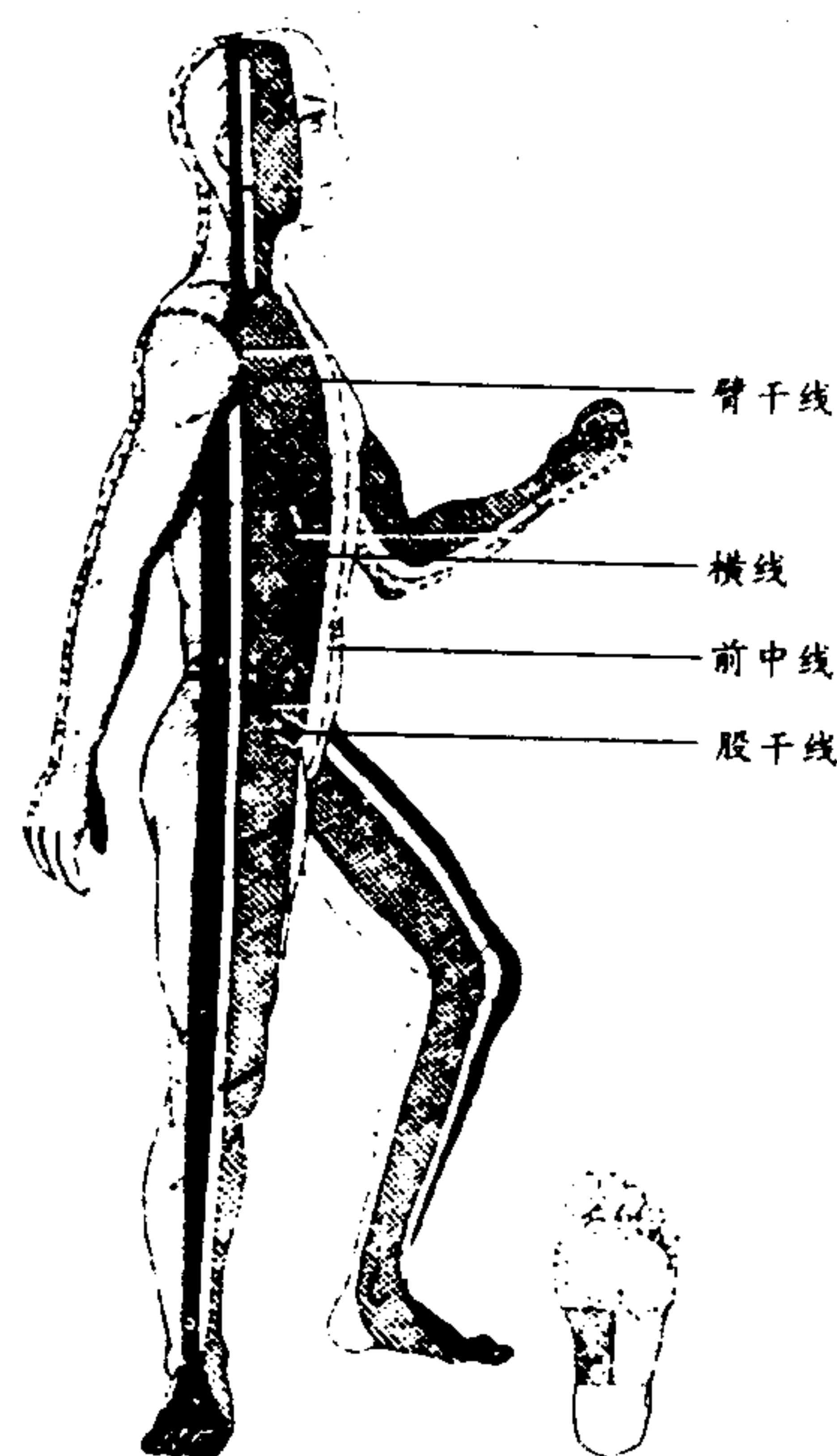


图20－2 身体分区图（侧面）

2区——前面两旁。包括颞前部、面颊、后牙、颌下、甲状腺；胸部沿锁骨中线向下区域，包括锁骨上窝、上胸部、乳部、前胸、肺、肝区、侧腹部。

3区——前面外缘。包括沿耳廓前缘、腮腺和腋前缘垂直向下的狭窄区域。

4区——前后面交界。包括自头顶经耳垂直向下至颈，肩部沿斜方肌缘，胸腹部自腋窝至髂前上棘的胸侧壁及腹侧部区域。

5区——后面两旁。与前面2区相对，包括颞后部、颈后外侧靠斜方肌缘、肩胛冈上窝及肩胛中线垂直向下区域中的背与腰。

6区——沿后中线及其两侧。与前面1区相对，包括：枕、颈后部、颈椎棘突至斜方肌缘、胸椎棘突至肩胛骨内缘、腰椎与骶正中嵴至尾骨的两侧、肛门。

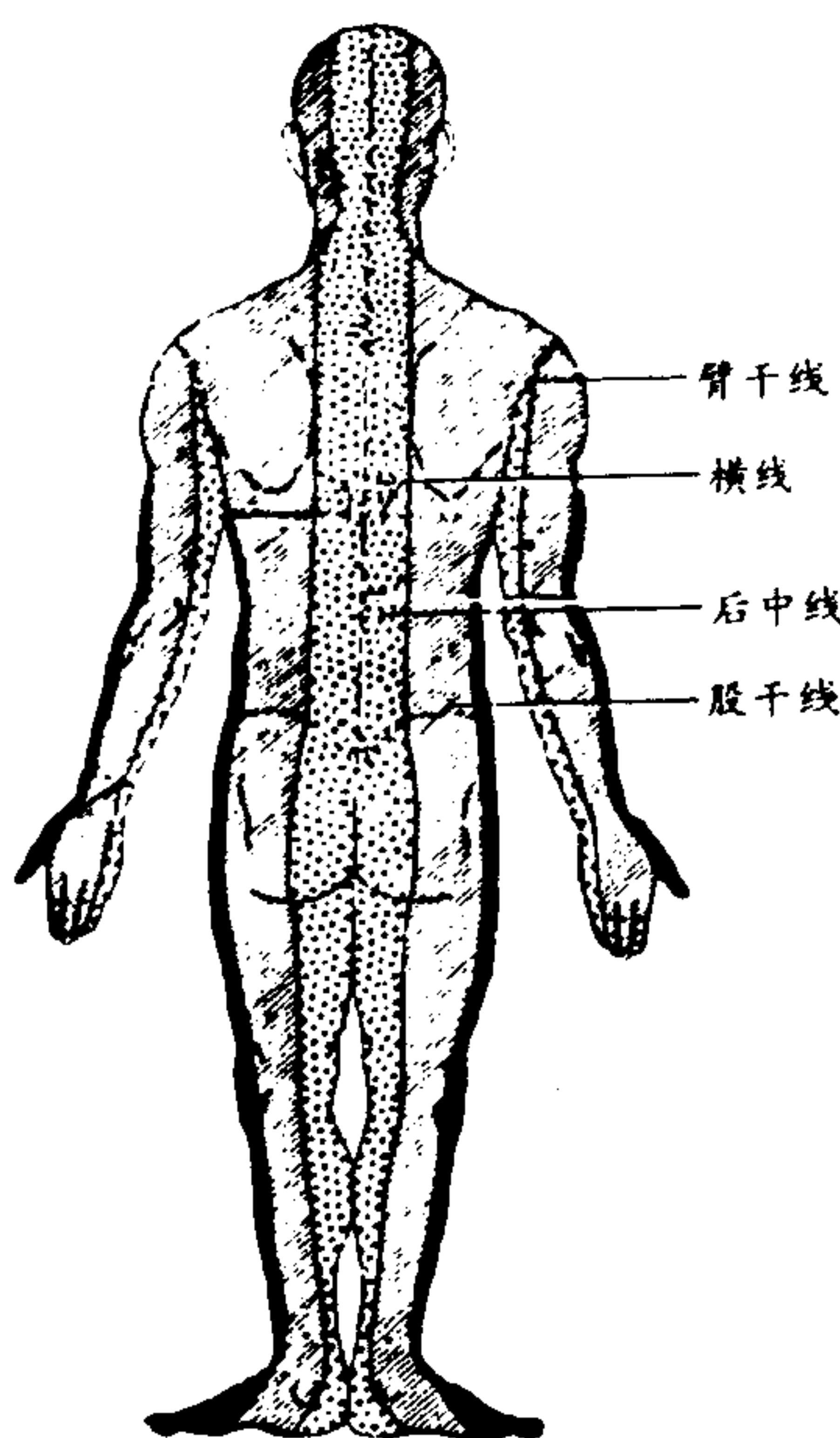


图20－3 身体分区图（后面）

此外，以胸骨下端为中心划一条环躯干的横线，相当于横膈，将六个纵区分成上下两半，横线以上各区记作：上1区、上2区、上3区、上4区、上5区、上6区；横线以下各区记作：下1区、下2区、下3区、下4区、下5区、下6区。若标明右侧或左侧，可记作如右上1区（R^1）、左下6区（L_6）、两侧上1区（RL^1）、两侧下6区（RL_6）等。六个区中不仅部位1与6区、2与5

区相对，症状也常有前后相对出现。

2．上下肢分区：当上下肢处于内侧面向前两侧互相靠拢时，靠拢处前后的缝与躯体的前后中线相当，在这样的位置，两侧上下肢分区方法与躯干相同，唯肢端的手和足的分区略有区别（见图20－1、20－3）。

二、针刺点

针刺点（原曾称“进针点”，以下有时称“点”）是指针刺入皮肤的点，因针刺进皮下要达一定长度，故此点并非治疗作用点。针刺点位置一般情况下不变，但若针刺要避开血管、伤口、疤痕等，或针要朝离心方向刺时，点的位置要朝向心端适当上移，有时与原来点的位置相距甚远，只要不偏离点的纵轴，不向旁移位，并不影响疗效，故针刺点不是穴位，不像穴位那样要有固定位置，两者有区别。

腕和踝针刺点各六个，也以数字1～6编号与区同名，在各区中央，以肌腱和骨缘作定位标志。

（一）腕部针刺点：六个针刺点大致排列在腕横纹以上约二横指环腕一圈处。各点分别记作：上1、上2、上3、上4、上5、上6，其中上1～上3在掌面，上4在掌背面交界的桡骨缘上，上5．上6在腕背。各点位置与皮下结构解剖关系见图20－4、20－5。

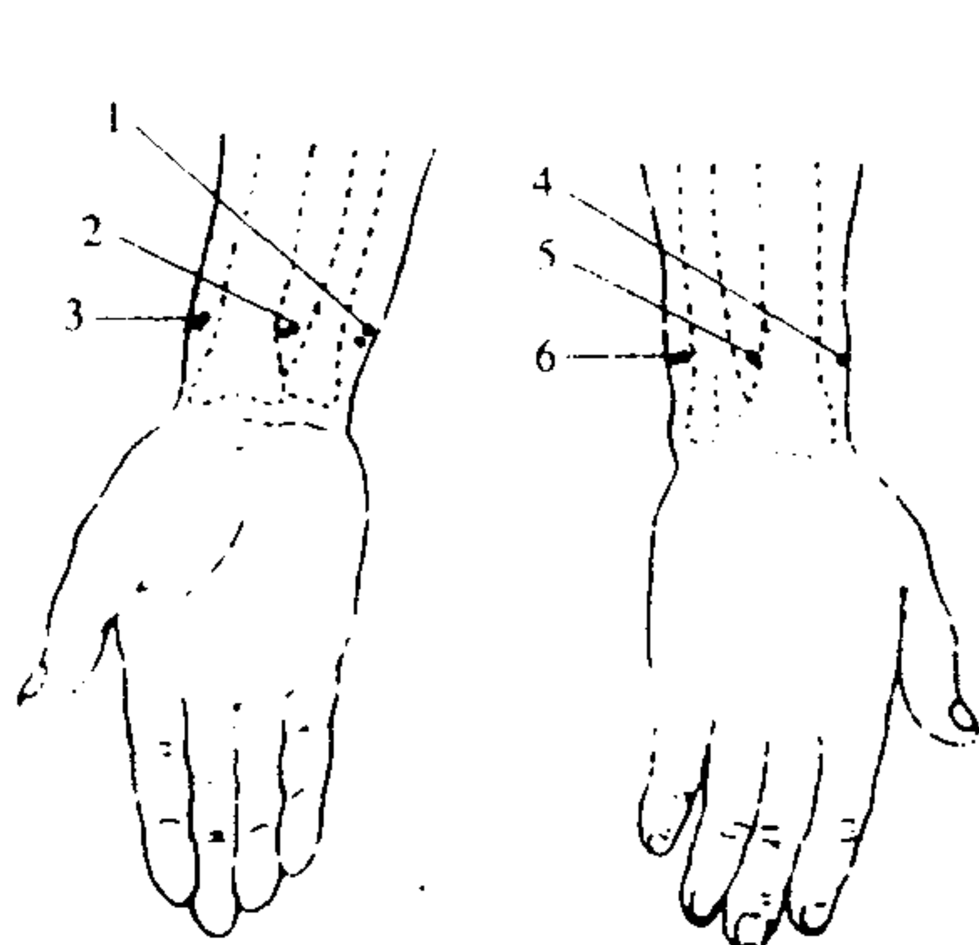


图20－4 腕部针刺点位置

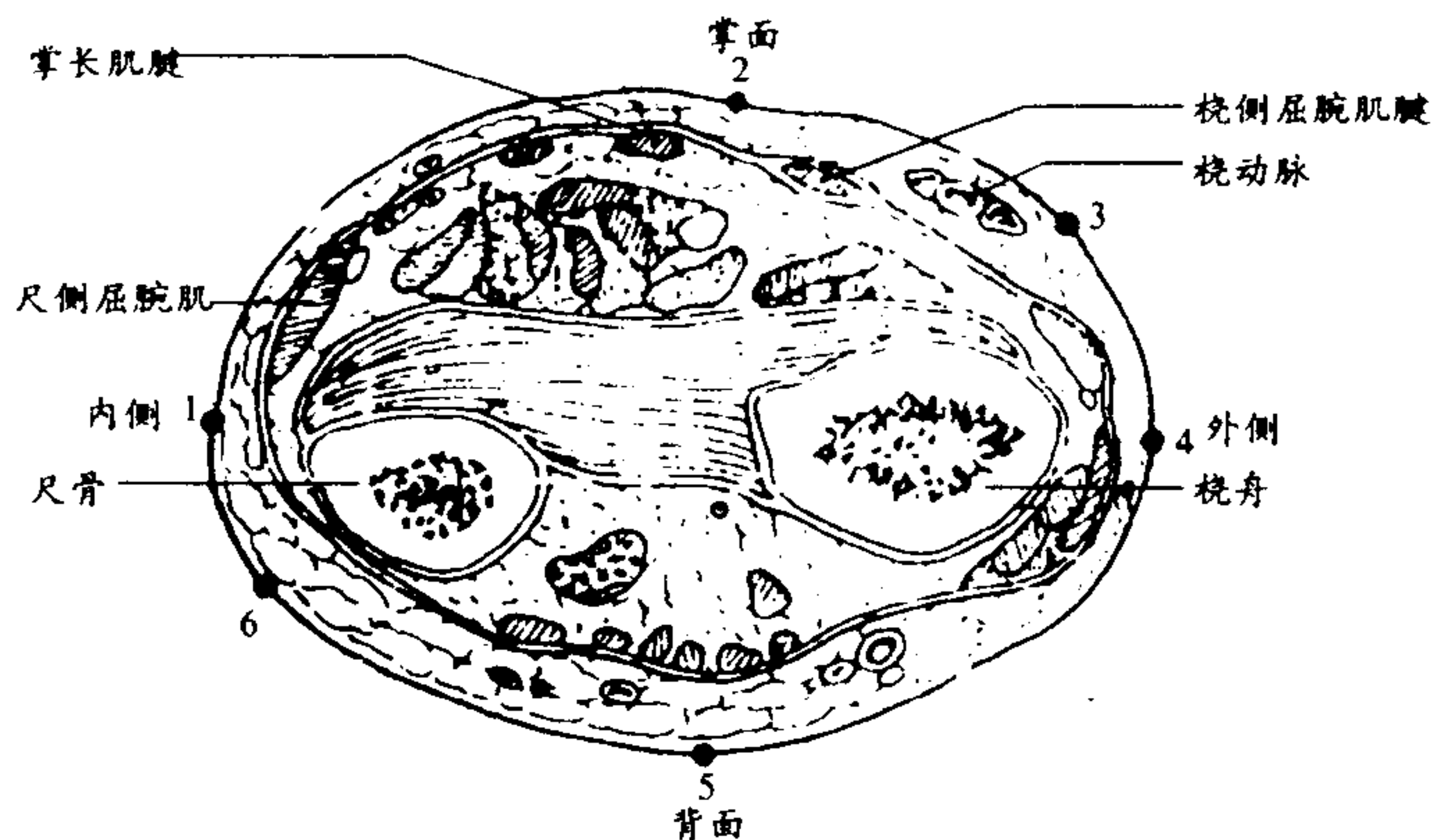


图20－5 右侧腕部横断面

（示针刺点与皮下结构解剖关系）

上1——小指侧的尺骨缘与尺侧屈腕肌腱中间的凹陷处。此点最常用，除用于上1区病症外，还用于不能定位一类症状。

上2——掌面中央，两条突起最明显的掌长肌腱和桡侧屈腕肌腱中间。

上3——距桡骨缘1厘米，此点较少用。

上4——拇指侧的桡骨内外两缘中间。

上5——腕背中央，桡骨和尺骨两侧骨缘中间。

上6——距小指侧的尺骨缘1厘米。

（二）踝部针刺点：六个针刺点大致排列在内踝和外踝上约三横指环踝一圈处。各点分别记作：下1、下2、下3、下4、下5、下6，其中下1、下2、下3在踝之内侧面，下4在内外侧面交界，下5、下6在外侧面。各点位置和皮下结构解剖关系见图20－6、20－7。

下 1——靠跟腱内缘。

下 2——内侧面中央，靠胫骨内缘。

下 3——距胫骨前嵴 1 厘米。

下 4——胫骨前嵴与腓骨前缘中间。

下 5——外侧面中央，靠腓骨后缘，在骨缘和腓骨长肌腱间浅沟处。

下 6——靠跟腱外缘。

（三）针刺点选择： 针刺点的选择要有针对性，每选一个点要考虑其依据，点尽可能少，由此逐步熟悉各点治疗效应。下列各针刺点的选择是从实际工作中归纳的，供选点时参考。

1．根据疾病的各个症状所在区选择编号相同的针刺点。

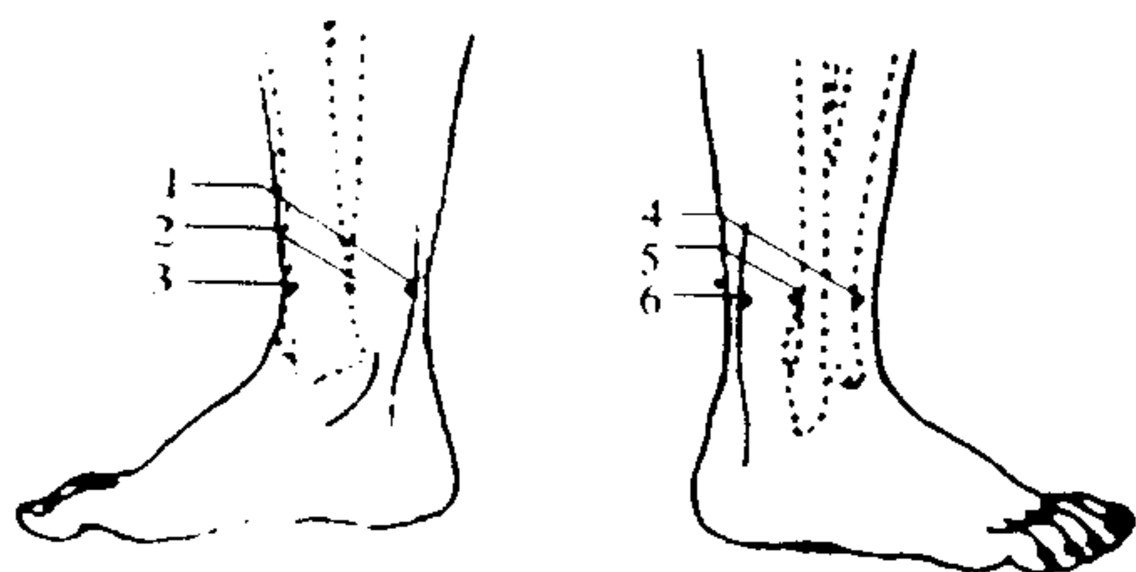


图 20－6 踝部针刺点位置

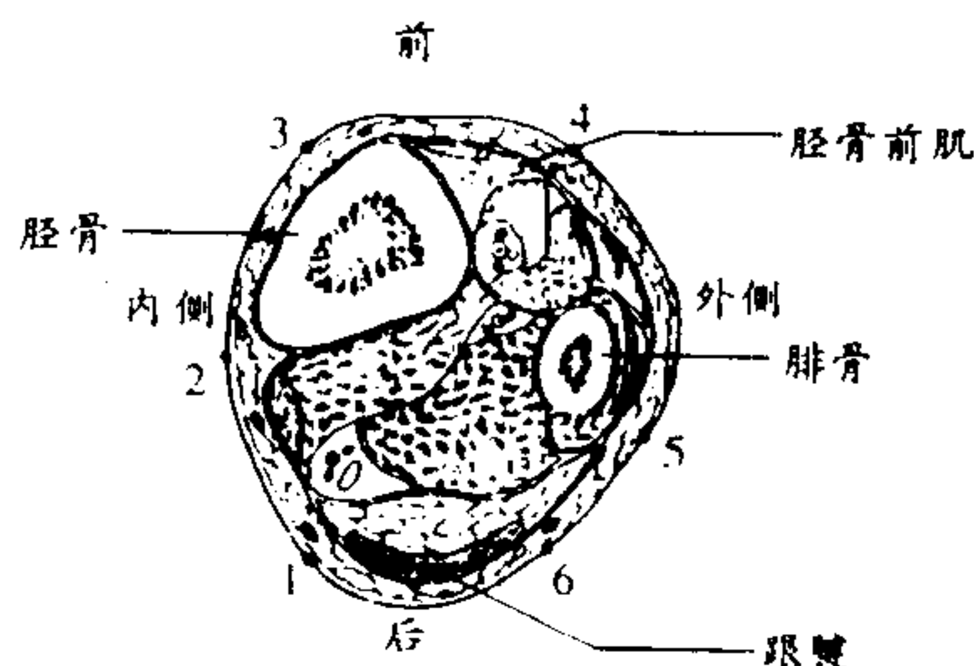


图 20－7 右侧踝部横断面

（示针刺点与皮下结构解剖关系）

2．以中线为界，针刺点选在症状的同一侧。

3．以横线为界，症状位在横线以上针腕部，在横线以下针踝部。

4．症状恰在中线位置不能定侧时，若位在横线以上针两侧上 1 或上 6，位在横线以下针两侧下 1 或下 6。

5．症状虽位在中线，倘有其他症状可作定侧时，可先针一侧 1 或 6，视疗效决定是否再针另一侧。

6．有多种症状同时存在时，要分析症状主次，若症状中有痛，以痛为主要症状，并尽可能查出压痛点，根据其所在区选取针刺点，针刺使压痛点消除后，若仍有其他症状未能消除，则另选针刺点。

7．症状发生在身体一侧，例如脑卒中时瘫侧身体麻木，针麻木侧上 1。

8．肢体有感觉或运动障碍，发生在上肢针上 5，下肢针下 4。

9．全身或不能定位症状，针两侧上 1。

在实际应用中，“区”和“点”可视作同一概念，定出症状所在区也就定出针刺点。表 1 所列各针刺点主治症状是按区归纳的，熟悉这些症状的归纳有助于实际工作中形成区的概念。但表中所列症状并非腕踝针可治病症的全部，由于一种疾病其症状可以表现在几个不同的区，反之，几种不同疾病的症状可以表现在同一个区，这样，就需要在熟悉点和区的基础上灵活组合应用。

表 20－1 身体各区、针刺点及主治病症

身体各区和针刺点	主治病症
上 1	前额痛、眼睑肌痉挛、结膜炎、眼球胀痛、视力减退、鼻塞、流涕、三叉神经痛、面瘫、前牙痛、舌苔厚、舌痛、流涎、咽痛、扁桃体炎、感冒、胸前闷、频咳、心悸、恶心、呕吐、呃逆、厌食、失语、胸肋关节痛等； 全身或不能定位病症：一侧或全身感觉麻木、全身皮肤瘙痒、寒颤、潮热、多汗或无汗、睡眠障碍、精神障碍等。
上 2	颞前痛、后牙痛、面痛、颌下淋巴结痛、乳腺炎、乳房痛、胸痛、哮喘、手心痛、指端麻痛等。
上 3	耳前痛、腮腺肿痛、胸前侧壁痛等。
上 4	头顶痛、耳痛、耳鸣、幻听、颞颌关节痛、肩关节前侧痛、胸侧壁痛、肘关节痛、拇指关节痛等。
上 5	头昏、头痛、眩晕、颈背痛、晕厥、肩部酸痛、肩关节痛、上肢感觉与运动障碍、腕关节痛、手背及指关节痛等。
上 6	颈、胸椎及椎旁痛、后头痛、肩关节后侧痛、小指关节痛、小指侧冻疮等。
下 1	胃区痛、胆囊部痛、脐周痛、下腹痛、遗尿、尿频、尿潴留、尿失禁、痛经、白带多、阴痒，腓肠肌内侧肌痛、足跟痛等。
下 2	肝区痛、侧腹痛、腹股沟淋巴结痛、膝内侧痛、内踝关节痛等。
下 3	膝关节内侧痛、内侧楔骨突痛等。
下 4	侧腰痛、大腿前侧肌酸痛、膝关节痛、下肢感觉及运动障碍、足背痛、趾关节痛等。
下 5	腰背痛、臀中点痛、腿外侧痛、外踝关节痛等。
下 6	腰椎及椎旁痛、坐骨神经痛、尾骶部痛、痔痛、便秘、脚前掌痛等。

三、针刺法

腕踝针的针刺法中对病症的症状定位准确，针刺点选择到位，是针刺获得疗效的前题，针刺法则是治疗三个步骤中的关键，针刺不合要求也不能达到疗效的最佳状态。在腕踝各点针刺要求都一致：①针沿皮下浅刺；②除针尖刺过皮肤时可有轻微刺痛外，针刺入皮下要求不出现酸、麻、胀、重、痛感觉，也要求原来症状部位不出现麻木、沉重、闷、心区不适、疼痛症状向旁转移等新的感觉；③针刺入后要求原有疼痛及压痛症状完全或基本消失；④留针期间要求肢体活动不受影响。这样的针刺方法特殊性显然有多方面要求。

（一）针具：为使针能表浅刺进皮下且便于操作，针的硬度、粗细和长度十分重要。针不能过硬，硬的针较粗，针尖刺过皮肤时易出现痛，针体也不易刺进皮肤，加之，腕和踝部虽较平坦，但上端较粗略呈斜坡，针若过硬就不易浅刺，相反，针若过软也不易刺进皮肤及刺入皮下，推针时针体易弯曲不易掌握。针的长度也要适当，针过短不易达到治疗效果，过长又易刺至肌层或刺伤血管，病人的皮肤坚韧度各人不一，即使同一病人，踝部皮肤一般较腕部厚且较坚韧，同一肢体内外侧也有区别，故针具要认真选择。成人一般用

30 号或 32 号，长度 1.5 寸（ф0.25 或 0.30×40mm）为宜。儿童酌情缩短，可用 32 号 1 寸（ф0.25×25mm）针。

（二）病人体位：视病人情况及病情而定。一般情况可采用坐位或卧位，或针腕时取坐位针踝时取卧位（仰卧、侧卧或俯卧），以便针后检查疗效反应。针刺时肢体位置非常重要，肌肉尽量放松，以免针刺进皮下时针体方向发生偏斜。术者位置一般在病人正前方，以便观察针刺方向。

（三）针刺方向：原则上朝向症状端，即症状位在针刺点以上，针刺方向朝向心端；在针刺点以下，朝离心端。有时也有在同一区内同一纵轴上两针对刺。

（四）针刺点位置：不绝对固定。一般按针刺点定位方法，但有时要根据针刺局部情况及针刺方向，如遇：①针要刺过的皮下有较粗静脉血管、疤痕、伤口；②针柄下端有骨粗隆不便刺针；③针尖刺人皮肤处触及痛点，致疼痛显著；④针刺方向要朝离心端，针刺点位置都朝向心端适当移位，此时点的定位方法不变，要处在区的中央。

（五）消毒：腕踝部常暴露在外易污染，故要注意针刺部位清洁及消毒，必要时先用肥皂洗净后再消毒，用酒精棉球擦净针刺点周围皮肤，范围宜较大，避免针体卧倒贴近皮肤表面时受污染。持针时已消毒针体勿再用手指接触。

（六）针刺步骤：对初次接受针疗的病人，不论以往是否接受过其他针刺法治疗，针刺前都要说明本针刺疗法特点，大意是：这是一种皮下针刺法，与别种针刺法不同，除针尖刺入皮肤时可能出现轻微刺痛外，针刺进时要求没有酸麻胀重痛感觉，如有出现要立即提出以便纠正。

针刺步骤有：进针、调针、留针和拔针。

1. 进针：在一次针刺过程中进针是关键，要求针尖恰过表皮后尽可能皮下表浅进针，且不引起酸麻胀重痛感觉，不刺伤血管。针刺进后要求原有疼痛及压痛点能立即消失，为此目的针刺时持针手势、针尖过皮及针体刺进皮下均有要求。

（1）持针手势：为达到消毒的针体在持针时不用手指接触要求，用三指夹住针柄，拇指关节微屈，指端置在针柄下，食指和中指端中部在针柄上，无名指在中指下夹住针柄，小指在无名指下。

（2）针尖过皮：为使针刺入皮下尽可能表浅，针尖刺入皮肤的角度很重要。最合适的角度为 30 度，将持针手的小指搁在皮肤表面，恰能使针达到所需角度。此角度若过小，针易刺入皮内不能进入皮下，病人感痛；角度若过大，针易刺过肌膜下达肌层显得过深，影响疗效。刺针时要保持针体正直，不能用力推针致针体向下弯曲影响角度。为使针尖较易刺透皮层，可用左手拇指按在针下方拉紧皮肤，右手拇指端快速轻旋针柄（转动不超过 180 度），食指和中指保持不动，使针尖刺入皮内时摆动幅度不致过大容易通过也可减少疼痛。针尖刺过表皮达到皮下的标志有：①针尖阻力由紧转松；②针尖刺入表皮层病人常会有刺痛感，刺过表皮痛感消失；③放开持针手指，针自然垂倒贴近皮肤表面，针尖将皮肤挑起一小皮丘，此时将针沿皮下轻推，手指不感有阻力，表示针尖已恰刺在皮下；若针垂倒不能贴近皮肤且形成角度，表示针刺入超过肌膜进入肌层，要将针稍退后再刺人，待达到针能卧倒要求。以上三个标志中③最重要。

（3）针刺进皮下：针尖刺过表皮层后，将针循纵轴沿皮下尽可能表浅缓慢推进，要感到松没有阻力，表面皮肤不随针移动或出现皱纹，不必捻转针，若病人诉说有酸、麻、

胀、重、痛感觉，或出现在针刺局部，或在原有症状部位出现沉重、麻木、疼痛转移、胸前闷等新的感觉，均表示针刺较深，要将针稍退待这些感觉消失后，将针尖更表浅沿皮下刺入。在针刺点 1 或 6 针刺时，由于腕和踝部上端较下端粗，为保证针刺在皮下，要使针刺入方向与腕或踝内缘平行，不然易刺入肌层。针体刺进皮下的长度一般为 38mm，有的病人可能在未刺入到此长度时症状已消失；也有的症状还无变化，可将针推进至 40mm，症状可能即消失，所以针刺进皮下长度也因人而异，并非固定不变。

2. 调针：对如疼痛、压痛、麻木、瘙痒等感觉及与痛有关联的一些运动症状，在一次针疗中常能立即获得疗效，达到完全消失或显效。若针刺入后感觉等症状未能改变或改变不全，除疾病本身原因外，往往与针刺时体位不正、针刺点位置在区内不够居中、针刺进皮下不够表浅、方向不够正直、刺入长度不适当等因素有关，有时仅差些微都会影响疗效，因此，针刺的各步骤都要正确执行。如属针刺方法问题，要在针尖退至皮下，酌情纠正后再进针，称调针。调针常是重要步骤，但非必要，对当时无法判断疗效的运动症状、睡眠障碍、精神症状等，就毋需调针。调针结束用胶布固定针柄。

3. 留针：有些症状如顽固性疼痛、头昏、麻木、哮喘、精神症状等在针刺入后留针过程中才缓慢显示疗效，故针刺入后不论反应快或慢都留针，使针的刺激持续保持，促使病态机能向正常恢复，但留针时间不宜过长，以免多次长时留针刺激容易发生组织排斥反应而结疤，影响以后治疗的敏感度。留针时间一般为半小时，但也可根据病情，如于病的急性期、症状严重，适当延长留针时间，一般不超过 24 小时，待症状好转后缩短留针时间。留针期间不作捻针等加强刺激，以尽量减少针刺对组织损害为前提。有时有疼痛的病人，当针刺入及调针后疼痛消除，留针期间痛又出现，此时可能是由于肢体活动使针自动稍退出有关，可将针推进，症状又会消失。

4. 拔针：用消毒干棉球压住针刺部位，迅速拔针，压迫要稍久防止皮下出血，在肯定无出血后才能让病人离开。

（七）针疗次数：视病情而定。急性重症病例可每日针 1 次，但不宜持续过久，因每次针刺一般都在相同部位，一次针后局部组织因损伤易发生水肿，有时出现疼痛，故应有间歇时间让其有恢复过程，待病情有缓解，宜即延长间隔时间，一般可隔 1～2 日针一次，需多次治疗时，以 10 次为一疗程。进展缓慢的病例，酌情增加疗程，疗程间不必间隔。

（八）不良反应：主要有皮下出血及晕针。

1. 皮下出血：腕和踝是活动较多的部位，又处于四肢末端，血液供应丰富，皮下静脉网多。皮下脂肪层薄者较粗静脉血管尚能看清，针刺时可尽量避开，但脂肪层较厚者皮下血管多不易辨认，难免刺破血管出现皮下出血，不过可以设法减少：①选择针刺点位置时要仔细观察针要通过的皮下有无较粗血管；②进针要缓慢，针尖若刺至血管壁会出现痛，要立即退针或更换针刺点；③针刺进皮下，若发现针尖部缓慢隆起，表示已有出血，应立即拔针并压迫止血。如已有皮下出血时，要向病人说明以消除顾虑。

2. 晕针：虽属偶见，因其出现较迅速且有时严重，要注意防范及时处理。晕针易发生于个别敏感病人，以青年女性较多，多在针腕部时出现。可发生于初次针疗时，也可发生于多次针疗之后；可发生于针刺当时，也可发生于留针期间。以往针灸有过晕针病史者，对腕踝针不一定发生，但也以慎重为宜，可卧床针刺。晕针的发生主要是椎基动脉发生痉挛引起一时性脑干缺血有关，病人先感头晕、恶心、耳鸣、视力模糊或眼前发黑、面

色变苍白、出冷汗，继之呼吸表浅、口唇出现紫绀、不能站立倒地，处于休克状态，此时应立即拔针让病人平卧，解开衣领，注意血压变化。有时再针两侧上1能使晕针迅速解除。

（九）禁忌症：一般无绝对禁忌症。妇女正常月经期，妊娠期在三个月以内者不宜针两侧下1。

（十）疗效表现方式：各病症治疗过程中疗效表现不一，疗效与疾病性质有关，与病期不一定有关，虽属同一类病症疗效也不一致，常见表现方式大致有：

1. 经一次针疗症状即消失。

2. 经几次治疗，症状逐次减轻至消失。

3. 每次针时症状消失，但拔针后不久又出现，继续治疗过程中症状波动，逐渐减轻至消失。

4. 初几次针时症状减轻，以后反而加重，继续治疗才逐渐好转。

5. 针时有短暂疗效，拔针后症状如旧，虽多次治疗，无明显改变。

第四节 常见病症的治疗

腕踝针的治疗范围甚广，包括各种痛症、神经疾病、精神疾病等，但其治疗对象主要是症，通过对症的治疗达到治病目的。本节限于篇幅，主要述及对常见部分痛症的治疗，并由此重温症状定区与针刺点关系，为治疗其他病症打基础。

一、疼痛综合征：

身体各类症状中痛最突出且常见，针刺是最简便、最迅速、往往是最有效的治疗方法。

对以痛为主诉的病例中，仔细检查疼痛部位的压痛点是重要步骤，因压痛点是疼痛最敏感的部位，也可能是病变所在，针刺若能使压痛点消除，有关的症状也常随之消失。根据压痛点所在区选取针刺点，并观察针刺前后对指压痛点的反应强度作为疗效的判断。各人对指压反应虽不一致，可以下列标志作衡量：

“－”——无痛感和避痛的运动反应；

“＋”——诉痛，但无避痛的运动反应；

“2＋”——轻度叫痛，有局部避痛的运动反应，如移动压痛处局部躯体或肢体位置，皱眉，于俯卧位时有抬头反应；

“3＋”——叫痛较强，压痛的一侧身体有避痛的运动反应，并有轻度情绪反应；

“4＋”——立即叫痛，有全身避痛的运动反应，并有较强情绪反应，甚至流泪。

本节所及着重下列各疼痛综合征的症状与检查，症状定区与针刺点，初步治疗效果与体验：

（一）头痛

头痛指眼眶至枕骨大粗隆联线以上部位除表浅痛外感觉到的深部痛。头痛是最常见症状，病因众多，有血管性、肌紧张性、神经性、颅腔内疾患、副鼻窦病变、全身疾病的影响等，以前三者所致最常见，约占头痛总数80％。

症状与体征：病人常感颈后部一侧有牵引痛，转头时明显。痛可波及至头顶、颞部或

前额，有时移动至另一侧或全头顶如帽压住感，重时伴恶心。指压颈后枕大神经出口处（在颈椎第2．3棘突至同侧耳垂水平联线的中点，与天柱穴相当，以下简称天柱）及冈上窝中点（颈椎第7棘突至肩胛骨肩峰联线的中点，与肩井穴相当，以下简称肩井）有压痛，其中天柱的压痛尤为恒定，局部肌稍紧张。其它的压痛点亦可见于颞肌、额肌、头顶及胸肋关节。

症状定区与针刺点：根据压痛点。颈部的天柱和肩胛部的肩井均属上5区。压痛点在颞肌属上2区，额肌属上1区，头顶为前后面交界属上4区，胸肋关节属躯干的上1区。分别按压痛点所在区选取同一编号针刺点。

本组头痛100例，男19例女81例，年龄10～77岁，其中10岁9例，20岁15例，30岁30例，40岁23例，50岁15例，60岁8例。经治疗10～20次，分类与疗效见表20－2。

表20－2　头痛100例分类、性别与疗效

类　别	例数	男	女	疗效：显效	减轻	无效
偏头痛	5	1	4	3	2	…
普通偏头痛	41	8	33	22	17	2
肌紧张性	25	5	20	7	18	…
精神性	14	…	14	11	2	1
脑外伤性	4	2	2	…	4	…
癫痫性	4	1	3	3	1	…
感染性	4	2	2	3	1	…
其他	3	…	3	1	1	1
合计	100	19	81	50	46	4

（二）神经痛

1．三叉神经痛　是面部三叉神经分布区的前额（Ⅰ支）、上颌（Ⅱ支）、或下颌（Ⅲ支）的前部出现阵发性闪电样短暂剧痛，并可伴有面肌痉挛，感觉无障碍。疼痛程度轻重不等，轻者尚能忍受；稍重者于洗面、刷牙、说话、咀嚼时，均可引起痛发作；严重时发作频繁，病人不堪忍受，常以手击打自己面部，大声叫痛，卧床打滚，甚至企图自杀。

症状定区与针刺点：三叉神经三个分支出现疼痛的部位均在面部的1区，其中以Ⅱ支与Ⅲ支多见，Ⅰ支较少。压痛点位置：Ⅰ支在眶上切迹，Ⅱ支在眶下孔，Ⅲ支在颏孔。故针刺点主要针上1，若伴有天柱压痛，配合针上5。疼痛严重并有情绪症状时，口服卡马西平0．1或奋乃静2～4mg，一日3次。

本组三叉神经痛20例，男女各10例。年龄35～82岁，其中35岁～2例，40岁～1例，50岁8例，60岁6例，70岁3例。病期：20天～30多年。病程中症状多呈持续性，有6例呈间歇性发作，间隔时间1～5年，最长达14年。既往治疗中多数病人曾服卡马西

平、苯妥因钠、埋线疗法、拔牙、酒精封闭、针疗、甚至手术行神经切断术，均在获得症状短暂缓解后重又如旧发作。20例中发生在右侧11例，左侧9例。受罹范围：Ⅰ支2例，Ⅱ支9例，Ⅲ支8例，Ⅱ+Ⅲ支1例。针刺点：一侧上1或上1、5。疗次：根据情况，10～40次。疗效：显效9例，减轻6例，无效5例。本法也未能完全终止发作，于有效病例经治疗使症状缓解一段时间后，有的仍能复发。

2. 颈臂痛（颈臂综合征） 颈椎各方向活动甚多，且负担头部重量，易发生颈椎4、5、6节骨质增生、椎间孔狭窄、椎间盘轻度脱位，常影响颈椎4、5、6节神经根，出现一侧沿颈旁、肩、臂外侧至腕或掌背感觉发麻、酸或疼痛。

症状定区与针刺点：颈臂痛症状表现于臂之外侧，属臂部5区，颈之天柱及肩部肩井亦常有压痛，也属5区，故针刺点取一侧上5。有时压痛点也出现在肘部之桡侧，此时针刺点取一侧上4、5。

本组颈臂痛22例，男7例女15例。年龄32～82岁，其中30岁2例，40岁8例，50岁4例，60岁3例，70岁3例。病期10天～20年。病多表现在一侧。有10例颈椎拍片有骨椎增生、椎间孔狭窄。经治疗10～20次，疗效：痊愈1例，显效6例，减轻13例，无效2例。

3. 腕管综合征 一侧或双侧手心及手指出现发麻或疼痛，夜间加重，检查手心可能有压痛，手指或指端后感觉麻木，病虽久无肌萎缩。手之掌侧感觉由颈7．8节神经根支配，颈椎骨质增生使神经根受影响时，会引起手之掌侧自我感觉异常，但尚未达到出现客观感觉麻木程度。因症状表现在单侧或双侧，因此不可能因一侧尺神经受压引起，只能因脊椎神经根受影响才有可能，故本文将此综合征归属于颈髓神经根轻度受压的症状。发病年龄多在中年以后。因颈椎骨质增生发生在颈7、8较少，故本综合征发生率较颈臂综合征少。

症状定区与针刺点： 手掌面的分区：手掌的尺侧至小指属上1区；掌心至第2～4指属上2区；掌之桡侧至拇指属上3区。本综合征感觉障碍以上2区为主，故针刺点以上2为主，有1区或3区症状时，在针上2后症状若不能完全消除，再针上1或上3。针刺方向朝指端。

本组腕管综合征8例，男2例女6例。年龄25～68岁，其中25岁1例，40岁4例，50岁2例，60岁1例。病期：1天1例，1～8月4例，2～10年3例。症状呈持续性，夜间加重，位在单侧者3例，双侧5例。4例颈椎拍片，3例有骨质增生，1例无骨质增生但有韧带钙化。针上2计1～20次，疗效：显效3例，减轻2例，无效3例。

4. 带状疱疹与疱疹后神经痛 带状疱疹（HZ）是一种急性病毒性感染疾病，主要侵犯周围神经后根神经节，发生炎症、肿胀及有的细胞变性。脊髓的胸、腰、骶及颅神经根均可受罹，也可侵及脊髓前角。HZ比较常见，可发生于任何年龄，但以中年及高龄较多，起病急，症状多表现在身体一侧，沿一个或数个神经根分布区出现神经痛及疱疹。神经痛如烧灼样，阵阵如咬紧样，可夹杂奇痒，皮肤痛觉过敏，常影响睡眠。数日后沿神经痛区皮肤可出现分散的丛集丘疹、小疱疹或大水疱，疱疹于1～2周内吸收结痂，脱落后遗留褐色痂痕。出疹时附近淋巴结可肿大，皮疱隐退后随之消失。自开始出现疱疹至结痂，此过程可维持约1月，疱疹痊愈后神经痛也逐渐减轻至消失。若皮肤疱疹消退后神经痛程度并不随之消减，延续数月至数年，称疱疹后神经痛（PHN），多见于50岁以后，

这是一种难治的 HZ 后遗症。

症状定区与针刺点：HZ 的症状分布视受罹节段而定无固定部位。对每个病例不论症状表现于何节段，均按受罹节段内压痛点所在区确定针刺点，例如发生在胸段，表现为肋间神经痛，压痛点常在胸之 1、2、4、6 区，针区点即为上 1、上 2、上 4、上 6 等。

本组 HZ7 例，男 2 例女 5 例。年龄 44～65 岁。病期 4～14 天。症状部位：胸 3 例，腹、腿、颈－肩－胸、颞顶各 1 例。针刺点视压痛点所在区而定，疗次：4～20 次，疗效：痊愈 3 例，显效 4 例，说明 HZ 早期针疗效果良好。

PHN6 例，男 5 例女 1 例。年龄 53～79 岁，其中 53 岁 1 例，60 岁 2 例，70 岁 3 例。病期：1～2 月 3 例，6～8 月 2 例，5 年 1 例。受罹部位：胸 4 例，腹及臂各 1 例，均有疱疹后遗留持续性不能忍耐的皮肤剧痛，患处有带状深褐色素沉着。根据压痛点所在区选择针刺点，疗次 5～40 次，疗效：显效 1 例，有效 2 例，无效 3 例，有效 3 例中病期均在 2 月以内。

5．感觉异常性股痛：又称股外侧皮神经炎，是由多种原因引起股外侧皮神经损害，导致大腿前外侧皮肤感觉异常与疼痛综合征。症状表现多为一侧，也可有双侧。起痛多偶然发现，发觉大腿前外侧感觉异常：麻木、刺痛、电麻样、僵硬感、无力等不适感，但并不影响大腿肌及下肢活动。感觉麻木区于初起病时范围小，病情若有发展，可向周围扩展。检查受罹大腿中段前外侧，有一纵型椭圆形边缘界限分明的皮肤感觉麻木区，多数为刺痛觉减退而触觉存在；少数呈感觉过敏，或感觉麻木与痛觉过敏并存；麻木区的中心感觉消失，周围减退。病情久者受罹皮肤可稍变薄。

症状定区与针刺点：根据麻木区在大腿所占范围，若在大腿前侧属下 4 区，针刺点取下 4；位在大腿外侧属下 5 区，针刺点取下 5；若范围较大，位于大腿前侧与外侧，属下 4，5 区时，针刺点取下 4、5。

本组感觉异常性股痛 20 例，男 11 例女 9 例。年龄 18～62 岁，其中 10 岁 1 例，20 岁 6 例，30 岁 2 例，40 岁 4 例，50 岁 4 例，60 岁 3 例。病期 2 天～10 余年不等。病因中有明确可寻者 11 例，其中以腰椎病变为主，其它有腰麻后、娠妊、产后等。病变部位单侧 19 例，双侧 1 例。疗次：根据病情，1～30 次不等。疗效：显效 3 例，好转 16 例，无效 1 例。

6．坐骨神经痛：是最常见神经痛。痛呈放射性，存在于沿坐骨神经全程或局限于某一段。病因多种，凡沿坐骨神经经过部位的各类病变损及神经时均可引起，其中最多见为腰肌急慢性扭伤、腰椎间盘突出、腰椎管狭窄、腰椎骨质增生，其他有椎管内肿瘤、盆腔内疾患等。起病急缓随病因而定，症状多为一侧，沿腰椎旁、臀中点、大腿后侧、膝腘外侧、小腿后外侧、外踝后、或沿大腿外侧有压痛，抬腿活动受限，病程久者，臀肌、腿肌、尤其小腿肌有萎缩，跟腱反射减退或消失，足趾上抬无力，小腿下外侧有感觉减退或消失，皮肤温度减退，脊柱可有侧弯。

症状定区与针刺点：主要根据疼痛部位与压痛点，疼痛与压痛点在腰椎旁、腿后侧属下 6 区，臀中点（梨状肌部位）与腿外侧有痛及压痛时属下 5 区，故针刺点为下 6、下 5、或下 5、6。足背及趾背有疼痛时属下 4 区，针刺点为下 4，针刺朝向下（↓）。

本组坐骨神经痛 100 例，男 29 例女 71 例。年龄 20～85 岁，其中 20 岁 17 例，30 岁 24 例，40 岁 33 例，50 岁 17 例，60 岁 5 例，70 岁 4 例。病期 1 天～20 年，其中 1 月 37

例，3 月 27 例，6 月 5 例，1 年 14 例，5 年 14 例，20 年 3 例。经针疗 10～20 次，疗效：显效 40 例，减轻 53 例，无效 7 例，有效率 93%。所谓有效主要是指疼痛减轻或消失，肢体活动功能好转或恢复，但不能阻止症状再发。

（三）关节痛 全身各活动关节几乎都可以出现疼痛，病因多属类风湿性，表现关节痛，多个关节受累，常呈对称性，有时晨僵，关节肿胀，活动时关节有弹响或摩擦音，关节变形，活动受限，症状常波动或呈转移性。急性起病时大的疼痛关节温度常较高，均有压痛点，有时肌肉也可波及，出现肌痛，并有压痛。病情久者可有骨质增生，尤以活动多的关节多见，如颈、腰椎等。少数关节痛可因外伤引起。

1. 颞下颌关节痛：主要症状为关节痛，张口受限，并可有弹响、咀嚼无力等，痛可为单侧或双侧。

症状定区与针刺点：颞下颌关节位于头面部前后面交界属上 4 区，故针刺点取上 4。

本组 19 例，男 5 例女 14 例。年龄 22～73 岁，其中 20 岁 2 例，30 岁 4 例，40 岁 5 例，50 岁 5 例，60 岁 3 例。病期：1 天～1 月 10 例，6 月 8 例，20 年 1 例。受罹关节：单侧 17 例，双侧 2 例。主要症状：关节痛 19 例，张口时关节活动受限 12 例，并有不同程度压痛。针一侧或两侧上 4，疗次根据情况 1～10 次，疗效：显效 15 例、减轻 4 例。

2. 脊柱痛：纵观人的脊柱，胸段有肋骨架构成的胸廓，下端有髂骨与骶骨构成的支架作固定，只有颈椎上端顶着有一定重量的头颅作旋转活动，腰椎负担上半身的重量又接受从下肢来的反作用力，作旋转活动时都无支架固定，因此颈及腰段脊柱最易受伤，出现骨质增生，并影响经过其间的神经支，出现疼痛及损害症状，此外类风湿性关节炎也是原因之一。症状：脊柱痛多位于沿脊柱的棘突及椎旁，伴有压痛。

症状定区与针刺点：根据压痛点，症状在后中线上属上 6 区或下 6 区，故针刺点为两侧上 6 或下 6；若症状偏向一侧，针一侧上 6 或下 6。

本组脊柱痛 9 例，男 4 例女 5 例。年龄 20～71 岁。病期 3 天～10 余年。疼痛部位在颈、胸、腰椎棘突及椎旁，分段或连贯存在，并有压痛。疗次根据情况 5～20 次，疗效：显效 1 例，减轻 5 例，无效 3 例。

3. 颈痛：颈背侧痛伴枕部、颈椎旁、肩部及肩胛内缘自发性痛，转颈受限，抬臂不受限。起病可有急性与慢性，于一侧颈椎旁及肩之斜方肌部位有压痛。

症状定区与压痛点：颈椎旁及肩部有压痛部位属上 5 区，故针一侧上 5 或加上 6。

本组颈痛 20 例，男 7 例女 13 例。年龄 20～68 岁，其中 20 岁 2 例，30 岁 6 例，40 岁 5 例，50 岁 4 例，60 岁 3 例。病期 1 天～2 年。疗次根据病情 2～10 次，疗效：显效 8 例，减轻 11 例，无效 1 例。

4. 腰痛：起病前多有急性腰扭伤史，或回顾既往曾有腰扭伤，以后间隔多年虽轻度扭腰动作又出现腰痛，影响步行或卧床翻身动作。年青人出现者多为急性腰扭伤，中年以后于气候变化或轻度扭腰出现者多为旧病复发。症状多表现在一侧，腰椎旁有压痛，局部肌有紧张。第三腰椎腰方肌附着部有扭伤时，疼痛部位在腰背旁（5 区）称第三腰椎综合征。

症状定区与针刺点：根据压痛点。在腰部前后面交界（4 区）与腰椎棘突（6 区）之中间点为 5 区，腰椎棘突与棘突旁为 6 区。针刺点为一侧或两侧下 5 或下 6，或下 5、6。

本组腰痛 60 例，男 21 例女 39 例，年龄 21～83 岁，其中 20 岁 7 例，30 岁 18 例，40

岁13例，50岁10例，60岁9例，70岁3例。病期1天～30年以上，其中1天15例，1月17例，1年～14例，5年～3例，10年～11例。病因：腰扭伤22例、骨质增生12例、陈旧性腰椎骨折2例，其余不明。腰痛程度轻重不等，压痛点位于一侧35例，两侧25例。疗次根据情况，数次至20次不等，疗效：痊愈3例，显效19例，减轻23例，无效15例。

5. 尾椎痛：尾骨位于骶骨末端，于跌倒臀部着地时容易受伤而出现痛，但此种情况较少，本组记录仅4例，男女各2例，年龄26～74岁，病期2月～半年。起因：产后、外伤各1例，余2例不明。症状：坐时痛，直立时不痛，影响挺腰。

症状定区与针刺点：根据压痛点，位于后中线下端，偏于一侧或正中位，故针一侧或两侧下6，疗次根据情况，疗效：4例均减轻。

6. 肩关节痛：肩关节是联系上肢与躯干的球穴关节，周围组织、韧带、肌腱等结构复杂，使上肢可以有灵活的旋转活动，因此也容易引起肩关节疾病，以关节痛与活动受限多见。发病年龄多在40岁以后，50岁阶段为高峰。症状呈持续性，因痛常使臂向前平举、向外侧举及向后背屈受限。压痛点多在臂干线上的前点（肩关节部三角肌的前缘）、中点（肩关节三角肌前后两缘之中间），有时也出现在后点（三角肌后点）。

症状定区与针刺点：根据压痛点。肩关节压痛点基本上位在臂干线的前、中、后，即上4区、上5区及上6区，其中以上4区、上5区为主，故针刺点取上4、5为主，必要时加上6。上4点有压痛影响臂背屈，上5点有压痛妨碍臂向外侧举，上6点压痛使臂前举受限。

本组肩关节痛143例，任选100例统计，男39例女61例。年龄30岁4例，40岁27例，50岁48例，60岁16例，70岁5例。病期：1年79例，5年19例，5年以上2例。病多在一侧，针上4、5或加6，疗次10～30次，疗效：显效27例，好转57例，无效16例。有效率84%。在有效病例中，主要为关节痛缓解，臂运动障碍改善较困难。

7. 肘关节痛：肘关节由肱骨、尺骨与桡骨端所组成，使前臂能在近180度范围内伸屈，此关节易受类风湿及运动性损伤，引起疼痛、前臂活动受限及无力。

症状定区与针刺点：根据压痛点定区。压痛点可在环肘的六个区出现：内侧面之尺骨内上髁（上1区）、肘窝部（上2区）、桡窝（上3区）、肱骨外上窝（上4区）、肘之外侧面中央鹰嘴窝旁（上5区）及外侧面之后尺神经沟处（上6区），其中最常见为上4、上5区，故针刺点多为上4、5。

本组肘关节痛17例，男3例女14例。年龄35～67岁，其中30岁1例，40岁6例，50岁6例，60岁4例。病期：1月～10年。病发生在单侧14侧，双侧3例。针疗次数5～10次，疗效：显效5例、减轻10例、无效2例。

8. 腕关节：上肢到了腕部这一狭隘的关口机能变得更精细，原处于深部的血管与神经趋向表浅，为使手部的手指变得灵活有力，各肌演变成肌腱通向手部，并有伸肌支持带环腕扎紧各肌腱使之更能着力。由于腕部活动灵活也增多受伤机会，是类风湿性关节炎常发之地。腕关节痛时同样有压痛及功能障碍，有时出现红肿。

症状定区与针刺点：根据压痛点，腕部六个区均有出现压痛点可能，尤以腕背多见。针刺方向朝压痛点，由于腕部血管网甚多，针刺时要注意尽可能避开血管，还要勿使针尖刺至关节，故针刺点位置要根据情况向上适当移位。

本组腕关节痛8例，男1例女7例，年龄20～82岁，病期1天～5月。单发性7例，合并肩及腰痛1例。病因除3例属外伤性外，余5例根据症状表现以类风湿性可能较大。针刺点以上5为主配合其他。疗次根据情况5～10次不等。疗效：显效5例，减轻2例，无效1例。

9. 掌指关节痛：位于肢端的手，包括掌及手指，活动范围、分工及灵活性更大，尤其各掌指关节、中指的第2指关节较其他4指更为重要有力。掌指关节痛多见于类风湿性，少数与外伤有关。症状中除关节痛外还可有肿胀、晨僵、弹响、变形。

症状定区与针刺点：根据症状与压痛点。手掌面分区：手掌尺侧至小指属上1区，掌心至第2～4指属上2区，掌之桡侧至拇指属上3区；手背面分区：手背桡侧至拇指属上4区，手背至第2～4指属上5区，手背尺侧至小指属上6区。针刺方向朝指端，针刺点位置适当上移。

本组掌指关节痛13例，男3例女10例。年龄36～71岁，其中30岁2例，40岁1例，50岁5例，60岁3例，70岁2例。病期半年～5年。单侧5例，双侧8例。针刺点及疗次根据情况，3～20次，多在首次针后痛减轻。疗效：显效5例，减轻6例，无效2例。

10. 膝关节痛：膝关节由股骨与小腿的胫骨同腓骨端构成，承受全身重量并接受来自足跟力的反作用，具有腿的伸屈及旋内旋外的活动。因膝关节活动较多容易受损害，如类风湿及外伤等原因引起关节痛。

症状定区与针刺点：根据压痛点定区，膝腘内侧为1区，膝内侧为2区，近髌骨内缘为3区，髌骨部为4区，膝外侧为5区，膝腘外侧为6区。症状以4区多见，也常伴膝部其他区症状，针刺点视情况而定。

本组膝关节痛37例，男9例女28例。年龄16～80岁，其中10岁2例，30岁4例，40岁6例，50岁8例，60岁13例，70岁4例。病期1天～20年。单侧24例，双侧13例。关节有酸胀、痛，活动受影响，登楼时痛加重，下蹬受限，晨僵，个别伴有关节附近囊性肿胀，属类风湿性可能；1例为外伤性。疗次根据情况，疗效：显效12例，减轻15例，无效10例。

11. 踝关节痛：主要见于踝扭伤。

症状定区与针刺点：根据压痛点，跟腱内缘与内踝之间为1区，内踝为2区，内踝与胫骨前嵴之间为3区，胫骨前嵴与外踝之间为4区，外踝为5区，外踝与跟腱外缘之间为6区。针刺点适当上移，针刺方向朝下。

踝关节痛记录仅4例，为外伤性，均减轻。

12. 足及趾痛：足与趾负担全身的重量，是站立活动时着力点，故易受损引起痛，主要见于足跟、足前部的足背、足底及趾，足底中段痛较少。原因多为腱鞘炎、肌腱及趾关节痛，原因中以类风湿性可能性较大，因常伴发于其他部位之关节痛，单独发生者较少；外伤性也是原因之一。

症状定区与针刺点：根据压痛点定位。足跟为1区，足底中段内侧为2区，外侧为5区，前掌的足底及趾为6区，足背为4区，足内缘的足背与足底之间为3区。针刺方向朝下。

本组仅记录足跟痛8例，男1例女7例。年龄24岁1例，47～63岁7例。病期2月

~2 年，单侧 2 例，双侧 6 例。在双侧病例中，先是单侧而后发展成双侧，痛初轻后重影响步行，疼痛部位皮肤色微红，温度略高，足跟拍片均阴性。针两侧下 1，4～10 次，每次针时均能获得显效甚至完全止痛，但拔针后不久痛又复旧，结果仅 1 例于针 5 次后始持续减轻，其余均暂时性好转属无效，其原因可能与足跟部腱鞘质坚韧致密，针后不久即步行有关。

13．小腿肌痉挛：小腿后侧浅层与深层肌有内外侧之分，以腓肠肌及拇、趾长屈肌为主，受坐骨神经的主要分支胫神经支配。小腿肌痉挛主要是由于内侧肌群中趾长屈肌、腓肠肌出现收缩，表现腓肠肌部位痛及趾挛缩。检查时可在小腿内侧肌腹处摸到痉挛发硬的肌块。病因多种如出汗过多时电解质平衡失调，腿运动过剧、冷水中浸泡过久、气候骤冷、腰椎骨质增生、类风湿症等。

症状定区与针刺点：根据压痛点。小腿肌痉挛时压痛点在内侧腓肠肌部位，属下 1 区，故针刺点取下 1，针时肌痛及痉挛多能立即消除，再发时程度亦减轻。

本组小腿肌痉挛或肌痛 22 例，男 10 例女 12 例。年龄 11～81 岁，其中 10 岁 1 例，20 岁 2 例，30 岁 2 例，40 岁 3 例，50 岁 6 例，60 岁 4 例，70 岁 4 例。病期：数日～1 月 9 例，1 月～30 年 13 例。单侧 4 例双侧 18 例。疗次 1～10 次，疗效：痊愈 8 例，显效 11 例，减轻 3 例。

14．多发性关节－肌痛综合症：关节痛数目多在三个以上，并常伴有肌痛。女性多见，常表现有痛觉过敏，转移性，两侧对称性，少数偏于一侧。有的病人因起病较急，会表现情绪易激动，常被误诊为癔症。关节痛部位可罹及全身各大小关节。肌痛可表现在肩胛、腰背、胸大肌、上肢的三角肌、肱二头肌及前臂部肌；下肢的大腿股四头肌中点及小腿的内侧腓肠肌。疼痛的关节与肌均可有压痛点，有的伴有晨僵。

症状定位与针刺点：根据压痛点所在区确定针刺点。

本组多发性关节一肌痛综合征 66 例，男 11 例女 55 例（1:5）。年龄 16～86 岁，其中 10 岁 1 例，20 岁 1 例，30 岁 21 例，40 岁 9 例，50 岁 19 例，60 岁 6 例，70 岁 9 例。病期：1 年 26 例，5 年 19 例，10 年 17 例，20 年以上 4 例。疗次根据病情 5～30 次，疗效：显效 14 例，减轻 42 例，无效 10 例。

15．胸痛：系指上自锁骨平面下至横线范围内胸部所出现的痛，部位及病因各异，症状以前胸多见，尤以沿前中线及胸骨两旁的 1 区为主，如胸肋关节痛、食管痛、频咳时气管痛；胸两旁沿锁骨中线为中心的 2 区症状次之，如胸壁外伤性痛、胸膜痛、乳房痛；胸壁痛也会出现在胸前面外侧沿腋前壁垂直线的 3 区及胸侧壁沿腋中线的 4 区，但较少。背部沿肩胛中线的 5 区及胸脊柱与其两旁的 6 区。胸痛主要提及的有胸肋关节痛及乳腺炎。

（1）胸肋关节痛：痛有时自觉，以胸前痛为求诊主诉；有时以其他症状为主诉，如头痛、类风湿症、感冒、气管炎、胸脊柱痛、精神疾病等上半身多种疾病时，于检查中发现一侧的 1 个或 2～3 个胸肋关节，如第 2 或第 3～5 关节，出现压痛。痛部位固定也可在病程中转移。在针疗过程中胸肋关节痛消失，常意味着原发病好转。针刺点根据压痛点取上 1。

（2）乳腺炎：是乳腺的急性化脓性感染，乳部的炎症性痛常引起同侧腋下淋巴腺发炎出现肿痛，针刺点取上 2、4。

16．腹痛：腹系指上自代表横膈的横线下至会阴及两侧腹股沟。发生疼痛部位以下 1

区与下2区为主，下3区较少，下4区为腹及腰之交界亦较少，下5区与下6区属腰。前中线及其以腹直肌缘为界之下1区范围内所出现的痛最常见，如上腹部之胃区痛、胆囊痛，脐周痛，下腹部之痛经及会阴部痛。沿胸部锁骨中线及其两侧向腹部延伸的范围属下2区，以右侧为主常见有肝区痛、慢性阑尾炎及附件炎痛，左侧有乙状结肠痛及慢性附件炎痛。下3区及下4区偶有腹痛或腰痛波及。

腹痛以痛经诊断较明确，疗效亦显著：

痛经是月经前后或经期于下腹及腰骶部发生剧烈疼痛，严重时伴恶心、呕吐、腹泻甚至晕厥，月经畅通，疼痛即解除。痛经有原发性与继发性，原发性多见于未婚者，主要为子宫痉挛性或强直性收缩；继发性主要见于已婚者，继发于盆腔炎症、子宫肌瘤、子宫内膜移位等。

症状定区与针刺点：痛经为下1区症状，不易定侧，故属两侧下1区，针刺点取两侧下1，若伴有腰骶部痛，针下1痛不能止，再针两侧下6。

本组痛经60例，年龄15～35岁，其中15岁14例，21岁32例，26岁10例，31岁4例。未婚47例，已婚13例。疗效：显效35例，减轻19例，无效6例。其中未婚者有效45例（96%），已婚者有效9例（69%），未婚者疗效高，其原因为针刺具有解痉作用，故对原发性较继发性疗效显著。

二、面瘫

本处所指为面神经炎所致面瘫，多为单侧。起病多急少有亚急，病发前常先有一侧耳后痛，而后出现面瘫。多数为不完全性，但也可向完全性发展，少数可在病后期出现面肌痉挛。病愈后有的可再发，位于同侧或异侧。

症状定区与针刺点：症状中面瘫表现的皱额、闭睑、露齿、鼓气、鼻唇沟、味觉障碍均属上1区，耳后痛及压痛处在头面部的前后面交界属上4区，有时同侧天柱穴处有压痛属上5区，故面瘫时针刺点取瘫侧上1、4，或上1、4、5。针时要达到压痛消失。

本组神经炎性面瘫50例，男26例女24例。年龄12～74岁，其中10岁4例，20岁11例，30岁8例，40岁12例，50岁7例，60岁6例，70岁2例。病期：10天19例，20天7例，30天7例，2月8例，6月7例，1年以上2例，经治疗，显效22例，好转12例，无效16例，总有效34例（68%）。达到显效的22例（44%）中病期均在1月以内，其中尤以10天以内最好，占15例（68%），病期在1月以上17例中无1例达到显效，仅7例好转，疗效明显减低。

三、脑血管性偏瘫

脑血管性偏瘫包括脑血栓及脑出血引起的以偏瘫为主的一系列症状，如偏麻、失语、精神症状、关节痛、肢端浮肿、小便失禁、锥体束征、偏盲等，这些症状随脑部病变部位及范围而有或多或少轻重不等的区别。脑血管性偏瘫是中年以后尤其常见于老年人的疾病。

症状定区与针刺点：下部面瘫、舌偏斜、偏盲属上1区症状，偏麻属一侧不能定位症状，均针症状侧上1；偏瘫的上下肢运动障碍，上肢针上5，下肢针下4，故偏瘫时针症状侧上1、5下4。有失语时针两侧上1；伴有关节痛时，根据压痛点选择针刺点。

本组脑血管性偏瘫94例，其中脑血栓性73例，脑出血性21例。男60例女34例。年龄：45～81岁，其中45岁5例，50岁22例，60岁48例，70岁19例。病期：1月27

例，6月28例，1年11例，5年22例，10年6例。疗次：根据情况10～50次。疗效：显效17例（18%），好转55例（59%），无效22例（23%），总有效72例（77%）。于有效病例中一般情况及部分症状可有不同程度好转，但锥体束症状无改变。

第二十一章　尺肤、节肢全息诊疗法

全息医学的基本思想历来贯穿于祖国医学的理论和临床的实践中。同样，现在不断发展和完善的节肢（长骨）全息诊疗法，也是起源于我国古代医学的尺肤诊法，并受其启发而形成。

两前臂肘关节至腕关节的皮肤称为“尺肤”，“诊尺肤”为古代切诊的内容之一，当时包括诊察该处肌肤的润泽、粗糙与否，温度之冷热等情况，结合全身症状、脉象、舌象、以测知病情，做出诊断。

中医最早的经典著作《黄帝内经》成书于两千多年前的春秋战国时代，上面已将尺肤各区段与全身脏腑、器官、部位作了全息相关的划分，是节肢（长骨）全息法的雏形。

第一节　古代尺肤诊法

一、尺肤全息穴区分布

《素问·脉要精微论》曰：“尺内两傍，则季胁也，尺外以候肾，尺里以候腹。中附上，左外候肝，内以候鬲；右外以候胃，内以候脾。上附上，右外以候肺，内以候胸中；左外以候心，内以候膻中。前以候前，后以候后。上竟上者，胸喉中事也；下竟下者，少腹腰股膝胫足中事也。”

由于历代学者注释甚多，见解各有不同，笔者主要参考日本丹波元简《素问识》和丹波元坚《素问绍识》的引注和图示，作了上面经文的示意图。（见图 21－1）

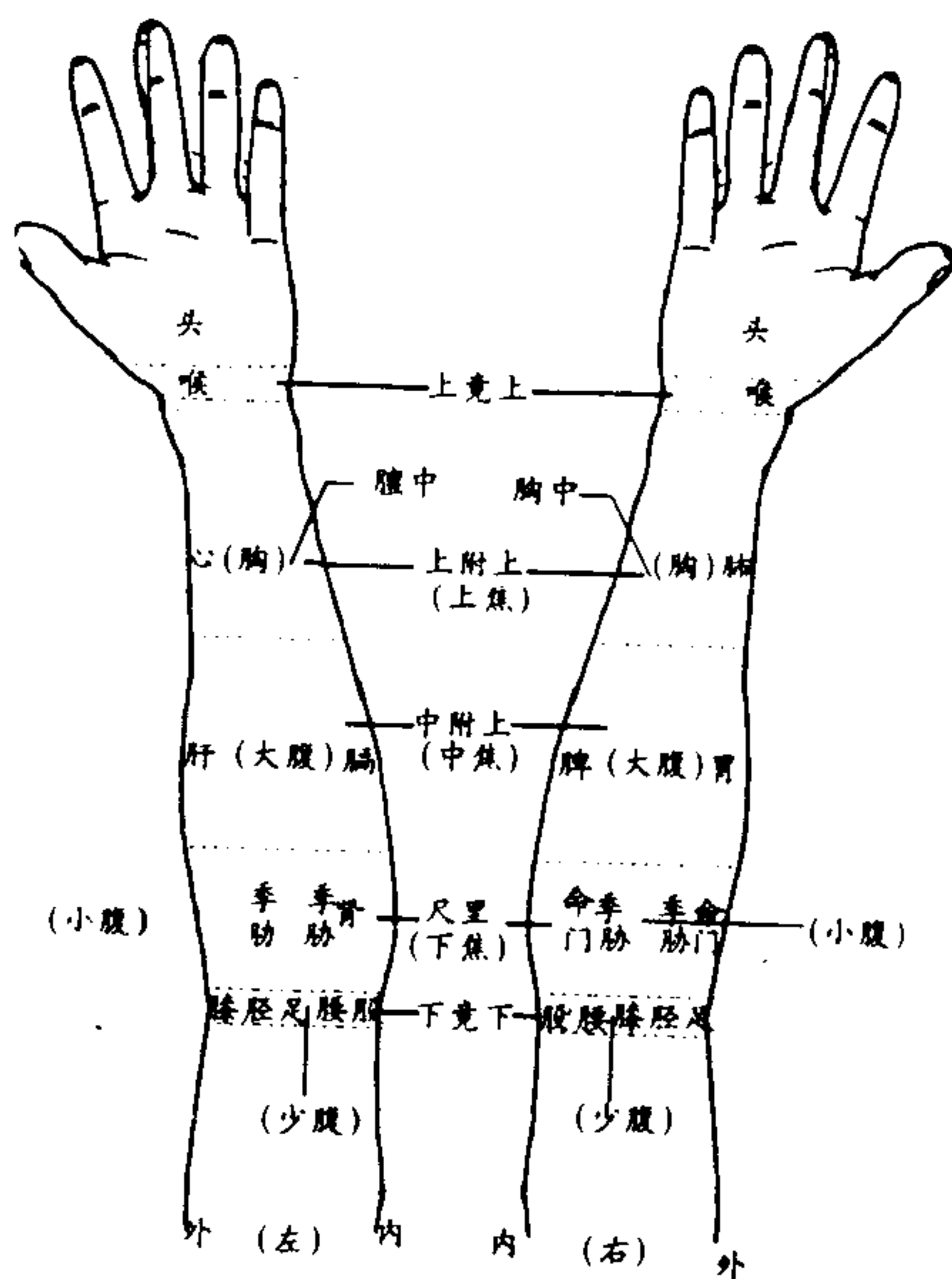


图 21－1　古尺肤图

该图基于以下注释绘成：手臂分左右，桡侧为外，尺侧为内。背侧面为阳，主身体背面；掌侧面为阴，主身体腹面。两手上举，将尺肤分为三份：腕横纹至中、上 1/3 线间为上段（上附上），主上焦；中、上 1/3 线至中、下 1/3 线间为中段（中附上），主中焦；下 1/3 线至肘横纹之间为下段（尺里），主下焦。上段尽头之上（上竟上）示喉胸部相接处的头部；下段尽头之下（下竟下）示少腹、腰、股、膝、胫、足等下部。上段候胸，左尺肤外侧候心，内侧候膻中；右尺肤外侧候肺，内侧候胸中。中段候大腹，左尺肤外侧候肝，内侧候膈；右尺肤外侧候胃，内侧候脾。下段候小腹，右尺肤中间（尺中央，即尺里）两旁近侧候季胁，远侧（内外两侧）候肾；右尺肤中间两旁近侧候季胁，远侧（内外两侧）候命门。

二、古代尺肤诊断

《灵枢·论疾诊尺第七十四》曰："尺肤滑其淖泽者，风也。尺肉弱者，解㑊，安卧脱肉者，寒热，不治。尺肤滑而泽脂者，风也。尺肤涩者，风痹也。尺肤如枯鱼之鳞者，水泆饮也。尺肤热甚，脉盛燥者，病温也，其脉盛而滑者，病且出也。尺肤寒，其脉小者，泄、少气。尺肤炬然先热后寒者，寒热也。尺肤先寒，久大之而热者，亦寒热也。"

古代尺肤诊法列为切诊的一部分，与切脉互参以识病，虽未明确说明发生以上变化与脏腑、器官病变的具体关系，但对照尺肤示意图，亦可作进一步定位诊断。

上文谈到了诊尺肤的具体内容，不外乎诊察该处肌肤的润泽度，是否粗糙、冷热以及肉脱、肉弱等不同表现以判别疾病类型：尺之皮肤滑而光泽的，属风病；尺部肌肉松软柔弱的是身体困倦、四肢懈怠的解㑊症；嗜睡、肌肉瘦削的，是时发寒热而不易治愈的病；尺之肌肤滑润如膏脂的，是风病；尺之骨肤涩滞不滑的，为血少营虚的风痹症；尺之肌肤粗糙不润象干枯鱼鳞的，是脾土虚衰、水饮不化的泆饮症；尺之肌肤灼热、脉盛大而躁动的，是温病，若脉显盛大但不躁动而现滑利的，是病邪将被驱出、正气渐复、病将全愈之象。尺之肌肤寒冷而脉小的，是泄泻与气虚的病；尺之肌肤高热灼手、先发热后发冷的，属寒热往来一类的疾病；尺之肌肤先觉寒冷，久按之后感觉发热的，也是寒热往来一类的疾病。

类似内容，在《针灸甲乙经·病形脉诊篇》也有引述，并列文强调了诊色、切诊与诊尺肤三者的关系，因为三者的变化是相应的，所以脉象急的，尺部皮肤也必紧急；脉象缓的，尺部皮肤也必弛缓；脉象小的，尺部皮肤，肌肉也必瘦削；脉象大的尺之肌肤也必充盛；脉象沉的，尺之肌肤也必凹下；脉象滑的，尺部肌肤也必滑润；脉象涩的，尺部肌肤也必枯涩。这些变化有轻有重，重则病深，轻则病浅。所以善诊尺肤者，不必等到诊察寸口之脉，就可以知道病症的变化；善诊脉者，不必再去望色，也可以知道病的变化。假若能色、脉、尺肤三诊结合运用，则是最高明的医生。

清代周学海在《形色外诊简摩》的"尺肤滑涩臂掌脐寒热决病篇"内再次引录了《灵枢经》的有关尺肤诊法内容。

近年出版的《中国医学诊法大全》在"诊皮肤"一节中也写道："尺肤，从肘横纹尺泽穴至掌后高骨却行一尺，故为尺。此部皮肤谓之尺肤。"并提出"诊尺肤六法：缓、急、滑、涩、贲而起、减而少气。即尺肤缓纵不急者为热；尺肤紧急不缓者为寒；尺肤光滑润泽流利者多为阳，易生风病；尺肤枯涩不滑而有蹇涩之表现者属阴，主阴血凝滞，易生痹证；尺肤贲然沸起，大多为实；尺肤减而损形不及为虚。一般说来，尺肤肌肉丰满者，多是气血盛；尺肤肌肉瘦削者，多是气血虚。"

第二节　近代尺肤全息诊法

现代学者在古代尺肤诊法的基础上，结合人体解剖部位和各部比例，制作了现代尺肤分部图，并以压痛诊法为主，发展了古代尺肤诊法，对定位诊断有独特之处。

一、压痛点全息配置

根据《内经》记述，结合现代医学知识将尺肤部压痛点的全息配置作如下设计：按人体各部分比例看，身高约为头长 7～7.5 倍，尺肤作为人体缩影，则总长划分为 7.5 段，

上竟上（该分部图将此部分划在尺肤靠近腕横纹处，理解为"接近上段尽处的上方"）就对应于头颈部，约为一段长，称为头段；上附上为胸段，约相当于锁骨上窝至剑突；中附上为胁段，约相当于剑突至脐；"尺内"为腹段，约相当于脐至耻骨联合下方；下竟下（该分部图将此部分划在尺肤靠近肘横纹处，理解为"接近下段尽处的下方"）为下肢段，按比例应相当于头段的3.5倍长。这就是尺肤图的配置。（见图21－2）

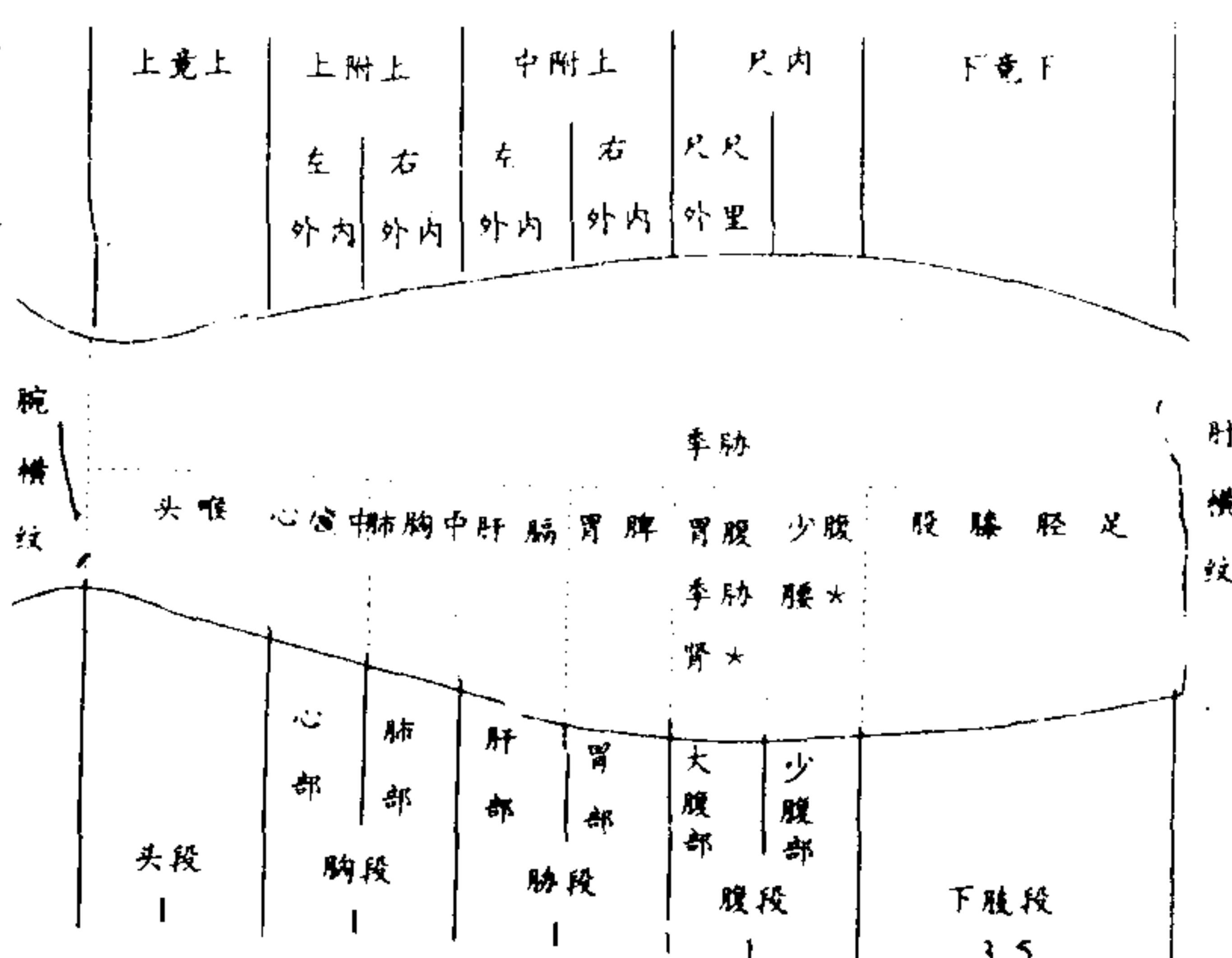


图21－2 现代尺肤分部图

＊注：肾、腰在前臂背侧面对应位置

二、近代尺肤全息诊断

以食指尖按在尺肤中央处，则食指一侧至腕横纹的长度（以患者食指为准）就候上半身，这样就以食指尖的宽度为准，从腕横纹开始，以食指尖的宽度候头颈，依次各依一食指尖宽度候心、肺、肝、胃各部，而尺肤中央处一食指尖宽处，还好候少腹部（少腹部位于人体上下径之中央处）。依上述次序将尺肤压向桡骨（患者仰掌），何处有压痛，表示何处部位脏腑器官有病。一般同侧反映较明显。

尺肤诊断还可用全息诊疗仪的粗直径诊断探头检测，更为确实可靠。

第三节 节肢（长骨）全息诊疗法

以二十世纪七十年代出现的第二掌骨侧诊疗法为代表的节肢（长骨）全息诊疗法，最早为张颖清所发现和应用，并申明全息穴群在所有节肢（长骨）都有规律性分布。因张氏另有专著，在此不赘述。后来国内外医学全息工作者在大量医疗实践中探索，田道正、唐占府等在具体运用时认为主要还是以原来的12个穴点之间的穴区作为寻找接近于和某部位、脏腑全息相关的敏感点更来得实际，结果十分满意，现将体会总结于后。

一、第二掌骨侧全息穴区的定位与主治

该部位穴区共有10个：头颈、上肢、心肺、肝胆、脾胃、胰肠、肾腰、下腹、下肢、踝足。分布于第二掌骨内侧缘凹沟中（图21－3）。

首先在第二掌骨侧找出1～12位点，以定穴区，定位前先取1、12两点：1点位于手握空拳、掌心横纹尽端与第二掌骨头交点处；12点位于第一、二掌骨近端的交点处。

6点位于1、12点中点处，4点位于1、6点中点处，2、3点在1、4点连线的1/3交界处，5点位于4、6点中点处，将6、12连线平分为6等份，其间5个点分别为7、8、9、10、11点。再通过此12个点作与长轴相垂直的线，10个穴区相继产生。

1. 头颈穴区：位于1、2点之间，主治头、颈部疾病，包括甲状腺病，颈椎病等。
2. 上肢穴区：位于2、3点之间，主治上肢部疾病，如痛、麻、瘫痪等。
3. 心肺穴区：位于3、4点之间，主治心肺、胸部、纵膈疾病。
4. 肝胆穴区：位于4、5点之间，主治肝胆疾病。

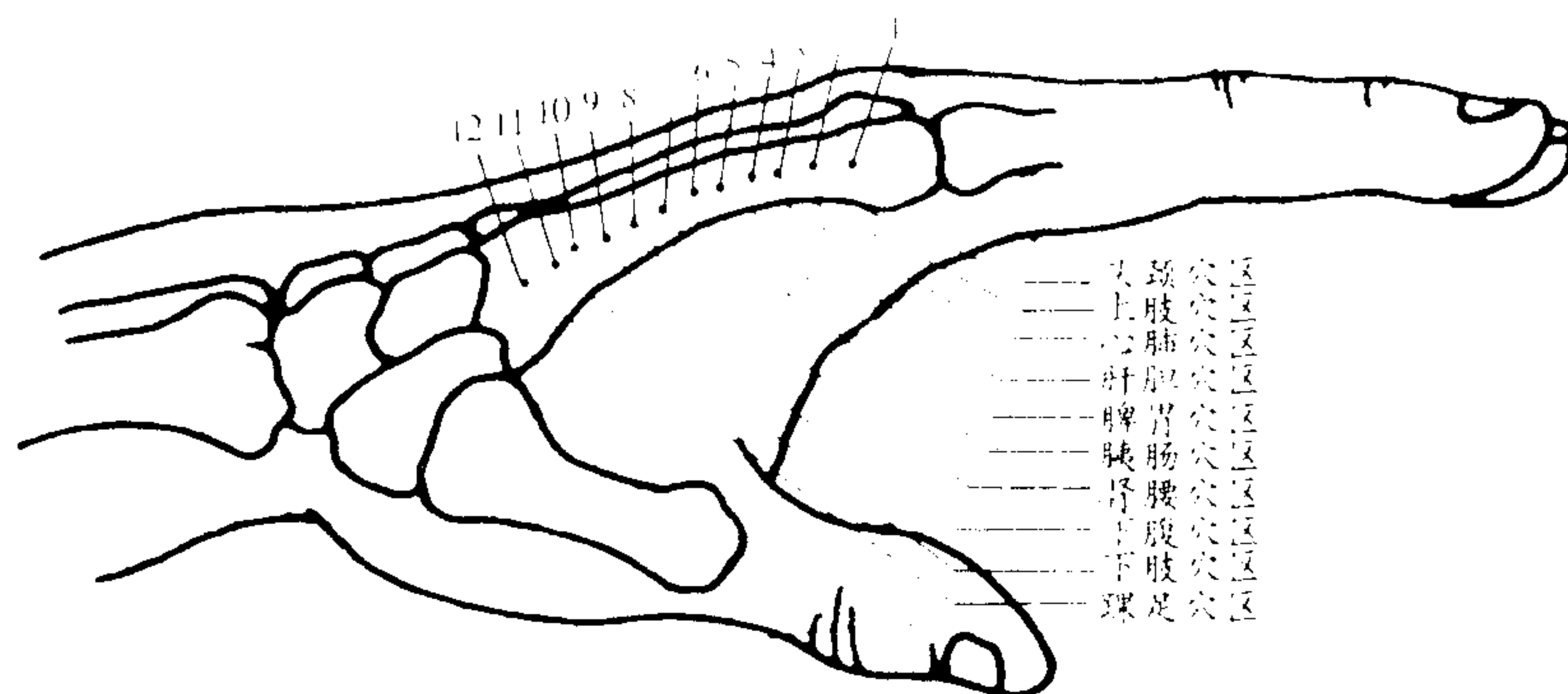


图 21－3　第二掌骨侧全息穴区图

5．脾胃穴区：位于 5、6 点之间，主治脾胃等消化系统疾病。

6．胰肠穴区：位于 6、7 点之间，主治胰肠等处疾病，如胰腺炎、糖尿病、肠炎等。

7．肾腰穴区：位于 7、9 点之间，主治腰痛、肾病及肾虚诸症。

8．下腹穴区：位于 9、10 点之间，主治盆腔脏器病如妇科病、膀胱、前列腺疾病等。

9．下肢穴区：位于 10、11 点之间，主治下肢疼痛、麻木。

10．踝足穴区：位于 11、12 点之间，主治踝关节、足部疾病。

二、第二掌骨侧全息穴区诊断

（一）按压诊断法

医生以右手拇指尖在患者右手第二掌骨侧顺长轴方向的凹槽内从头颈穴区向踝足穴区，逐个穴区进行按压，可反复探察 1～3 次，按压的同时要注意患者的表情，并随时询问患者穴区部位的感觉。若某穴区的受压点上有明显的酸、麻、胀、重、痛感（即已“得气”），并在此点稍用力揉压时，患者常会面部出现疼痛表现，就称此穴点为阳性反应点（压痛点），即提示出患病部位。

（二）应该说明的是：第二掌骨侧全息穴区阳性反应点诊断只能定病变的大体位置，而不能定性，定病名。所以凡疾病部位在身体上的位置比较明确的病，本法的准确率就较高，在全身疾病定位不太明确的病症，则本法的准确率则较低。如用本法检测找不到明显的阳性反应点，一般表明身体健康或无甚大病。由于存在约 15％ 的不符合率，所以对本诊断法应有客观的评价。

三、第二掌骨侧全息穴区治疗

1．治疗原则：根据检测到的阳性反应点所在穴区的同名脏腑、器官、部位有病的病位确定法，在该阳性反应点上依病情需要并因人而异，采取针刺、灸疗、激光照射（光针）、电脉冲刺激穴点，压籽等方法进行治疗。

2．适应症：本法治疗范围很广，尤其适用于多种功能性或疼痛病症。

3．治疗效果：据我们随机统计 1984～1990 年间治疗三次以上的病例共 3459 例，其中头痛 326 例，颈肩痛 413 例，胸胁痛 192 例，胃脘痛 354 例，眩晕 98 例，不寐 76 例，咳嗽 80 例，哮喘 60 例，腹痛 222 例，泄泻 99 例，少腹痛 286 例，梅核气 42 例，淋浊 160 例，心悸 40 例，消渴症 30 例，中风后遗症 35 例，耳鸣（聋）90 例，腰腿痛 800 例，肠痈 25 例，痛经 31 例。

3459 例中治愈 380 例（11％），显效 1049 例（30.4％），有效 1402 例（40.5％），无效 628 例（18. 1％），总有效率 81.9％。

4．典型病例介绍：李某，女，34岁，农民。头痛5年余，每遇劳累、情志不畅或外感风寒即头痛发作，以左侧太阳穴及左耳后跳痛，低头时坠痛剧烈，面色苍白，恶心呕吐，不能入睡，虽长期服用镇静、止痛药物，治疗效果不明显。1988年4月1日来诊时，头痛已发作3天，连续两夜入睡极少，十分痛苦。检查：舌苔白，脉弦。中医诊断：头痛。经用全息诊疗仪探测，在头颈穴区的头侧查到一明显阳性反应点，酸胀疼痛很重，同时显示屏数值显著增大。经在此点给以电脉冲刺激20分钟后病人头痛大减，当夜入睡好。连续治疗7次后头痛消失，睡眠正常，追访年余，未见复发。

第二十二章　脉象全息诊断

切脉为中医四诊之一，其中充满了全息诊断和时间全息的内容。

第一节　脉象全息诊断

一、脉诊及其意义

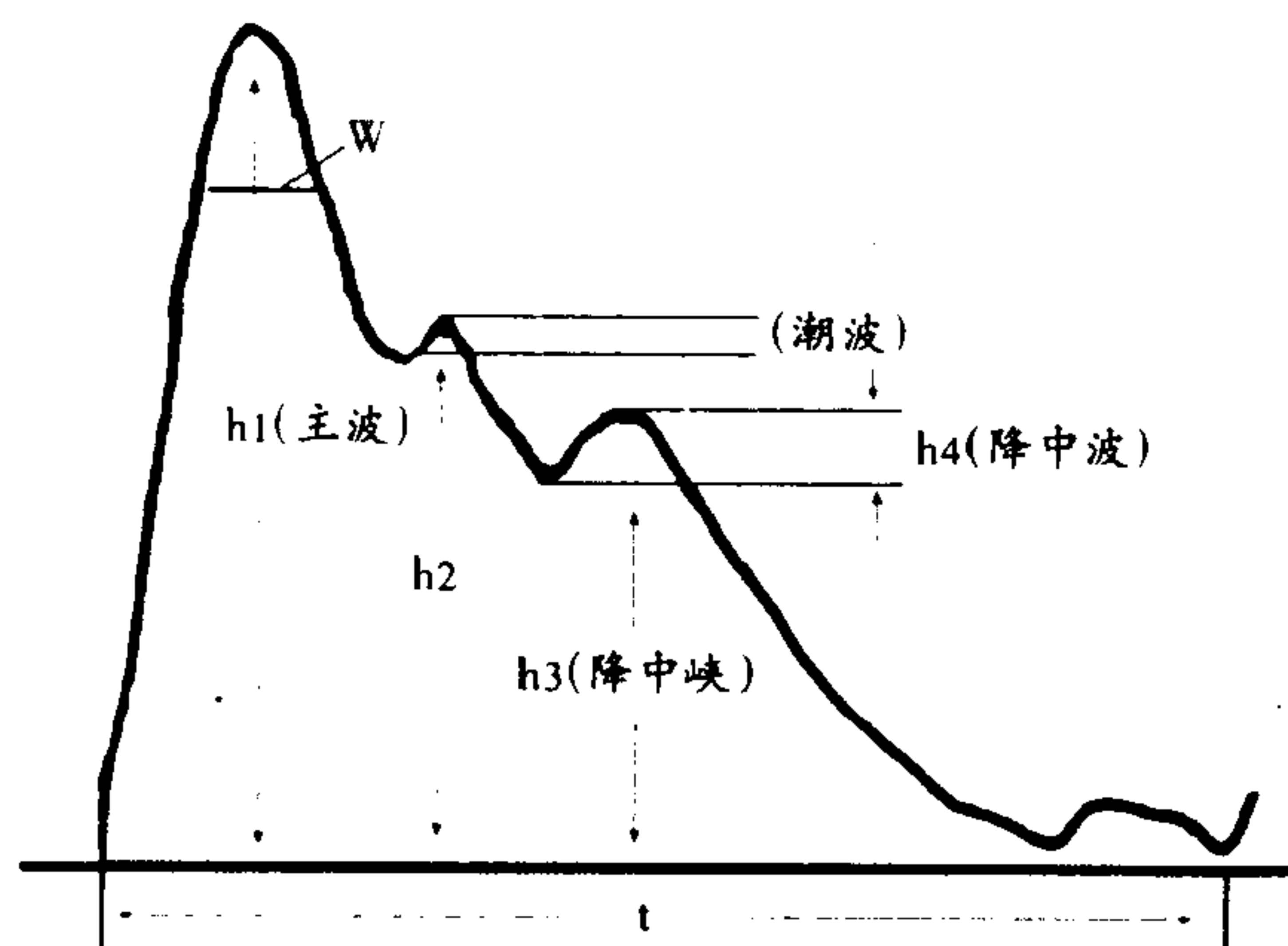
（一）脉诊的概念：切脉是中医切诊中重要组成部分，是用医者的手指触摸切按患者动脉脉搏，以探查脉象，了解病情的诊断方法，是中医特有的方法，也充满了全息的原理，因此，也是一种全息诊断方法。《内经》说血靠心气的推动沿脉道周流全身，内至脏腑经络，外达四肢百骸，脏腑之气也通过血脉而输布全身，因此，局部脉象能反映整个机体阴阳、气血、脏腑、经络的生理、病理变化。这就阐明了脉与整体的全息相关关系。

（二）脉诊的意义：任何致病因素导致机体阴阳、气血、脏腑、经络发生病理变化，均可引起脉象全息相关变化，因此，根据脉的部位、数律、形势等变化，可以了解全身疾病的病位、性质、邪正盛衰、病情轻重及作为预后的客观依据之一。如脉的迟数辨寒热，迟为寒，数为热。浮沉辨病位，浮在表，沉在里。强弱辨新久，新病正气未损多强，多为浮滑数脉，久病正气衰，脉多弱，多为沉细弱脉。脉证顺逆可测预后，新病脉实，久病脉虚，为脉证相应，为顺，易治，预后多良好；新病现阴脉，久病现阳脉，为脉证不符，为逆征，难治，预后多不良。

二、脉诊的部位全息

切脉的部位从遍诊法、三部诊法到寸口诊法逐步局限于较小和较少的部位，但由此借以候全身的疾患，这里充满了全息诊断的意义。

（一）遍诊法



2－1　正常脉图波形及常用测量指标

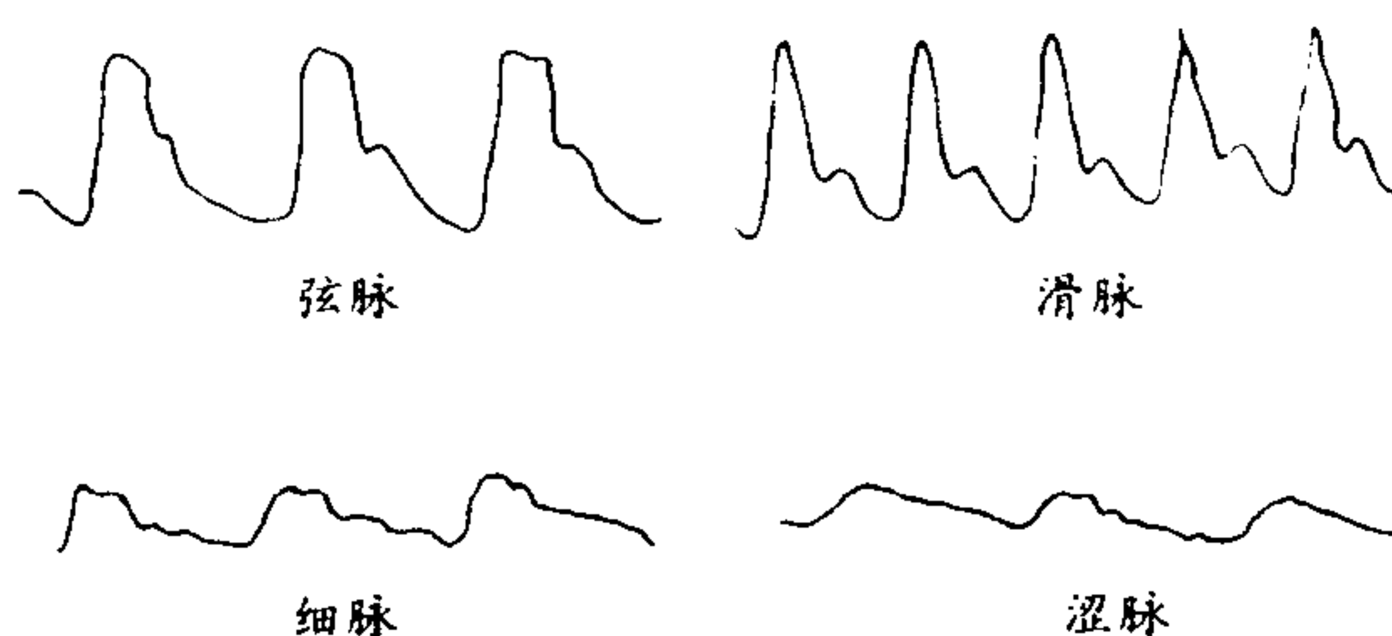


图 22－2　四种常见脉典型脉图

据《素问·三部九候论》采用九个部位诊脉，以候全身疾病，其各部与全身的全息相关关系及诊断意义如表22－1所示。

（二）三部诊法

《内经》还提出人迎、寸口诊法，这比遍诊法的部位比较集中，从另一个方面来看，三部诊法比遍诊与全身的全息相关性较强，较方便才被优选出来，见表22－2。

（三）寸口诊法

首先见于《内经》，至《难经》始倡独取寸口，提出尺寸，共一寸九分之地，交界处为关，并明确定浮中沉3种取法，至《脉经》明确为寸关尺三部，至今诊脉部位以桡骨茎突为掌后高骨稍内侧定为关，关前一指为寸，关后一指为尺，每手三部共为6部，分属相应脏腑，以诊断全身的疾病，各家论述虽不一致，但已足见寸口与全身的全息相关关系及其在诊断中的价值更为重要（表22－3）。

三、诊脉的方法

（一）诊脉的时间：时间全息的概念在古人诊脉中早已不自觉地体现，而且积累了丰富的经验，形成了诊病的常规，因为诊脉是中医四诊的组成部分之一，研究极为精细，其中时间全息的观念也贯彻始终。

诊脉时间最佳在早晨，病人内外环境均较平静，是过与不及脉象容易反映的时候。医者应平心静气，全神贯注于指下，方可诊察病之所在。

一次切脉至数，最少50动，一般五脏状况均可应指，若50动不应，则可反复数个50动，依时计最少1分钟以上，3分钟为宜，方可达到“视死别生”的目的。

（二）病人的体位：诊脉时病人宜正坐或仰卧，手臂与心脏应近于同一水平，掌心向上，前臂放平，腕下放一松软的枕袋，阻碍血流的手表等物要去掉。

（三）指法：有布指、调指、指力、单按、总按等。

1．布指：医者用左手诊病人右手脉或反之，对成人先将中指放在高骨内侧定关部，再用食指在关前部定寸部，无名指在关后定尺部。

2．调指：医者中指弯成弓形，使三指端平齐，以指腹触按脉体，两者成35°角。

3．指力：运用指腹的力量，举、按、寻、推以了解疾病的深浅、虚实、性质。举为轻下指在皮上；按为重下指取；寻是不轻不重、委曲求之；推是推移指位，寻找脉体。

4．单按与总按：1指或3指分别先后切按为单按；3指同时加压按之为总按。前者分候寸口3部，后者以审全身。

四、诊脉的注意事项

（一）保持内外环境的平静，住院病人宜早上诊脉，门诊病人来后歇息片刻再诊。

（二）注意生理异常脉：

1．反关脉：脉在腕关节背侧面，应指明显，有一手反关，亦有两手反关者。

2．斜飞脉：脉从尺部斜飞向虎口腕侧，有一手或两手者。

3．脉证合参：先问后切，结合望、闻、问所得资料诊断。

4．重视个体差异：一般脉象男多偏大，女多濡弱，偏细而快，老年多脉虚无力，青壮年脉实有力，运动员脉多迟缓，小儿脉数。

5．排除情志干扰：情志与脉象有全息相关关系，“喜伤心脉虚，甚则心脉反沉；思伤脾脉结，甚则脾脉反弦；忧伤肺脉涩，甚则脉反洪；怒伤肝则脉濡，甚则肝脉反涩；恐伤

肾则脉沉，甚则脉反濡”。

6. 结合四时分析　人与四时节律相应，所以脉有明显的四时节律变化，自然界生物有春生、夏长、秋收、冬藏之应，人亦应之，脉亦随之，故脉有春弦、夏洪、秋毛、冬石，为四时平脉的变化，这是生理变化。

春时，气候暖和，万物生长茂盛，人应生发之气，阳气向外，故脉来如鱼之游在波，轻虚而滑，端直以长，弦而和缓者为春时平脉。

夏时，气候炎热，万物生长繁盛，阳气盛极，血气涌盛，脉道充盈，脉来如钩，来盛去衰，为夏时平脉。

秋日，凉气渐深，阳气渐衰，草木枯黄，虫类收藏，人应收敛之气，故脉来在肤，轻虚以浮，来急去缓，称毛，为秋时平脉。

冬时，气候严寒，地冻冰封，万物潜藏，人应闭藏之气，阳气内潜，故脉来在骨，沉而和缓有力，称石，为冬时平脉。

脉应四时而变为宜，脉与四时不相宜为病脉，即所谓“顺四时则生，逆四时则死”。五脏四时平脉、病脉、死脉与季节律的全息关系如下（表 25－4）。

五、正常脉象与异常脉象

切脉就是靠脉位的深浅，至数的快慢，节律的均匀，形状的大小、长短，力量的强弱，脉搏的来势是否流利等方面的变化，以期达到辨别病证的部位、性质、机体正邪盛衰的情况。

（一）正常脉象

正常脉象，不浮不沉，不迟不数，一息四至五之间（每分钟 70～90 次之间），不大不小，不长不短，从容和缓，节律均匀，有胃气、有神、有根。

1. 胃气：凡病脉来去从容均匀，其势和缓，便是有胃气。若病脉由和缓均匀转为弦急，是邪进，病情加重；若由弦急转为和缓为邪退，病情向愈。春胃脉微弦为平，弦多于和缓为肝病，弦而无胃气为死脉。夏季胃脉微洪为平，洪多于和缓为心病，若洪而全无胃气为死脉。长夏脉微濡为平，若濡多于和缓为脾病，若濡而无胃气为死脉。冬季胃脉微沉为平，若沉多于和缓为肾病，但沉无胃气为死脉。

2. 神：脉贵有神，有神脉象，应指有力且形体圆润活泼，不论浮沉迟数滑涩大小，按之指下条理不乱，从容和缓为有神。

若按之散乱，或有或无，或来有力而去无力，或轻按有，重按绝无，或时续时断，或欲续而不能，或欲接而不得，或沉细中现依稀之状，或洪大之内忽有飘渺之形，均为无神之脉。

3. 根：根即正气的根基，生命的源泉，肾为先天之本，故肾脉为根脉。一是尺以候肾，尺部应指沉而和缓。二是沉以候肾，六脉重按应指和缓，皆为有根。病虽危重，若尺部应指便有生机，若尺部无脉，是生命危候。

胃、神、根三位一体，有胃必有神有根。凡病脉有不同的程度的胃气为顺脉，无胃气为逆脉。

（二）异常脉象

历代医家对异常脉都进行了各自的综合整理，现将较为公认和实用的 28 种脉的类、纲、特点，脉名、脉象、主病列表于下，见表 25－5。

中医诊治疾病时正是依据这些脉象的不同变化与整体生理、病理状态的全息相关关系来辨证施治、处方遣药的。

（三）妇人全息脉诊

女子以血为主，心主血，居于左，故女子以左脉为胃脉，“女子病左脉充盛于右者，为有胃气也，病虽重可治，反此者虚之甚也”。

1. 月经脉：月经状况与脉象有一定的全息相关关系，如妇女月经周期前，脉来滑数，或弦滑，以左手脉较明显，为月经将至之征。若病人脉来寸关调和，而尺脉沉弱，甚或不至者，则多为月经不调。若脉来洪大，或滑数，则为冲任有热，月经先期。若脉来沉细而弱，则为阳虚内寒，月经后期。若脉细涩而弱，是冲任血少，闭经。若脉来沉弦、沉涩者，冲任不利。若脉芤，则血崩不止。

2. 带下脉：妇人带下，脉来缓弱者，多带下色白量多而无臭气。若两尺沉迟微弱，则带下清稀而冷，淋漓不断。若脉来滑数，则湿热下注，带下色黄，有臭气。

3. 妊脉：已婚妇人停经，无他病或饮食口味异常，三部脉浮沉正等，滑数有力，或左寸脉滑数有力，或尺脉滑数有力均明显者，为妊娠。至于以脉识别男女，脉书论述甚多，总括之曰：“左疾为男，右疾为女，俱疾为生二子”。“左脉沉实为男，右脉浮大为女”。“尺脉左偏大为男，右偏大为女”。以上仅供参考。

4. 产脉：孕妇诊其脉离经，转急如切绳转珠者，脉来一息六至，将产之脉。

5. 死胎脉：若孕妇脉来洪滑转为沉涩，有阴道流血者，应警惕死胎。

以上是见妇人的经、带、胎、产诸变化，均与脉象全息相关，并早已成为临床中诊断的重要组成部分之一。

表 22-1 遍诊法候脉部位

分部名称		具体诊脉位置	所候之气
上部（头）	天	两额之动脉，约太阳穴处	头角之气
	人	耳前之动脉，约耳门穴处	耳目之气
	地	两颊之动脉，约巨髎穴处	口齿之气
中部（手）	天	手太阴，约寸口部	肺
	人	手少阴，约神门穴处	心
	地	手阳明，约合谷穴处	胸中之气
下部（足）	天	足厥阴，约五里穴或太冲穴处	肝
	人	足太阴，约箕门穴或冲阳穴处	脾胃
	地	足少阴，约太溪穴处	肾

表 22-2 三部诊法候脉部位

分部名称		具体诊脉部位	所候之气
上部	人迎	颈侧动脉搏动处即人迎穴	胃气
中部	寸口	桡动脉在桡骨茎突前搏动处	十二经脉及其属络脏腑之气
下部	趺阳	足背动脉搏动处即冲阳穴	胃气

表 22－3　寸口脉法脏腑分配各家学说比较

著作名称	左			右		
	寸	关	尺	寸	关	尺
难　经	心	肝	肾	肺	脾	肾
	小肠	胆（肝）	膀胱	大肠	胃	命门
脉　经	心	肝	肾	肺	脾	肾
	小肠	胆	膀胱	大肠	胃	膀胱
脉　诀	心	肝	肾	肺	脾	命门
	小肠	胆		大肠	胃	
濒湖脉学	心	肝	肾	肺	脾	肾
	膻中	胆	小肠	胸中	胃	大肠
景岳全书	心	肝	肾	肺	脾	肾、命门
	心包	胆	膀胱、大肠	膻中	胃	三焦、小肠
医宗金鉴	心	肝	肾	肺	脾	命门、心包
	小肠	胆	膀胱	大肠	胃	三焦

表 22－4　五脏四时平脉死脉比较表

脏腑	脉名	脉　象	注　释
肝（春）	春胃微弦曰平	平肝脉来，软弱招招，如揭长竿末梢，曰肝平，春以胃气为本	招招，犹迢迢也；揭，高举也，高揭长竿，梢必柔软，即微缓弦长之义
	弦多胃少曰肝病	病肝脉来，盈实而滑，如循长竿，曰肝病	盈实而滑，弦实甚过也，如循长竿，无末梢之和软也，亦弦多胃少之义
	但弦无胃曰死	死肝脉来，急益劲，如新张弓弦，曰肝死	劲，弦急也，如新张弓弦，弦之甚也，亦但弦无胃之义
心（夏）	夏胃微钩曰平	平心脉来，累累如连珠，如循琅玕曰心平，夏以脾气为本	脉来中手如连珠、如循琅玕者，言其甚满滑利，即微钩之义也，琅玕，玉而有光者，似珠
	钩多胃少曰心病	病心脉来，喘喘连属，其中微曲，曰心病	喘喘连属，急促相似也，其中微曲，即钩多胃少之义
	但钩无胃曰死	死心脉来，前曲后居，如操带钩，曰心死	操，持也，前曲者，谓轻取则坚强而不柔，后居者，谓重取则牢实而不动，如持革带之钩，而全失充和之气、是但钩无胃也
脾（长夏）	长夏胃微软弱曰平	平脾脉来，和柔相离，如鸡践地，曰脾平，长夏以脾气为本	和柔，雍容不迫也；相离，匀净分明也；如鸡践地，从容轻缓也。此即充和之气，亦微软弱之义
	弱多胃少曰脾病	病脾脉来，实而盈数，如鸡举足曰脾病	实而盈数，弦急不和也。如鸡举足，轻疾不缓也。言弱多胃少，言实而盈数，皆失冲和之气
	但代无胃曰死	死脾脉来，锐坚如乌之啄，如乌之距，如屋之漏，如水之流，曰脾死	如乌之啄，如乌之距，言坚锐不柔也，如屋之漏，点滴无伦也，如水之流，去而不返也，是皆脾气绝而怪脉见，亦但代无胃之义

续表

脏腑	脉名	脉象	注释
肺（秋）	秋胃微毛曰平	平肺脉来，厌厌聂聂，如落榆荚，曰肺平，秋以胃气为本	厌厌聂聂，众苗齐秀貌；如落榆荚，轻浮和缓貌，即微毛之义
	毛多胃少曰肺病	病肺脉来，不止不下，如循鸡羽，曰肺病	不止不下，往来涩滞也；如循鸡羽，轻浮而虚也。亦毛多胃少之义
	但毛无胃曰死	死肺脉来，如物之浮，如风吹毛，曰肺死	如物之浮，空虚无根也；如风吹毛，散乱无绪也。亦但毛无胃之义
肾（冬）	冬胃微石曰平	平肾脉来，喘喘累累，如钩，按之而坚，曰肾平，冬以胃气为本	冬脉沉石，故按之而坚，若过于石，则沉伏不振矣。故必喘喘累累，如心之钩，阴中藏阳，而得微石之义
	石多胃少曰肾病	病肾脉来，如引葛，按之益坚，曰肾病	脉如引葛，坚搏牵连也，按之益坚，石甚不和也，亦石多胃少之义也
	但石无胃曰死	死肾脉来，发如夺索，辟辟如弹石，曰肾死	弹索如相夺，其劲必甚，辟辟如石，其坚必甚，即但石无胃之义

表 22-5 二十八脉分类比较

类	纲	特点	脉名	脉象	主病
脉位异常	浮	轻按即得	浮 芤 濡 散 革	轻按应指清楚，重按稍弱 浮大中空，如捻葱管 浮细而软 浮散无根，按之则无 浮而搏指，中空外坚	表证 失血，伤阴 主虚，主湿 元气离散，脏腑之气将绝 精血虚寒
	沉	重按始得	沉 伏 牢	轻按不显，重按清楚 重按清楚，着骨乃得 重按实大弦长	里证，郁证，水肿 邪闭，厥证，痛极，阳衰 积寒内盛，疝气症瘕
脉率异常	迟	脉来迟缓	迟 缓 涩	一息脉来不足四至 一息四至，脉来怠缓 往来艰涩迟滞，如轻刀刮竹	寒证 脾虚湿证 精伤血少，气滞血瘀
	数	脉来快数	数 动 滑	一息六至（疾脉一息七至以上） 脉动如豆，滑数有力 往来流利，应指圆滑	热证（疾脉主热极、阴竭阳浮） 痛证、惊证 痰食、实热
脉势异常	虚	脉来无力	虚 微 弱	举之无力，按之空虚 极细极软，似有似无 沉细无力	气血两虚 阳气衰微重证 气血不足
	实	脉来有力	实 紧 洪	举按均有力 脉来绷紧有力，状如转索 脉来如波涛汹涌，来盛去衰	实证、热证 寒、痛、宿食 热盛

续表

类	纲	特点	脉名	脉象	主病
节律不整		跳中有止	促	脉来急促，时一止，止无定数	阳盛实热，痰盛，宿食停滞
			结	脉来缓慢，时一止，止无定数	阴盛气结
			代	动而中止，良久复动，止有定数	脏气衰微，风证，痛证，惊恐跌扑
形体异常			大	脉大满指，倍于寻常	有力主病进，无力为虚阳外越
			细	脉细如线，应指明显	诸虚劳损，以阴虚为主，亦主湿
			长	首尾端直，超过本位	阳气有余，实证
			短	首尾俱俯，不及本位	有力主气郁，无力主气损
			弦	端直以长，如按琴弦	肝胆病，痛证，痰饮

第二节　脉诊客观化的实验研究

在我国，中医脉诊客观化研究始于五十年代末，学者们应用描记腕部桡动脉脉搏图来认识、分析、判别各类不同的脉象。随着科学技术的发展、脉搏描记仪器的进步，近四十年来的成果颇丰，脉诊客观化的实验研究正在走向深入，渐趋成熟。

一、脉诊客观化研究的意义

祖国医学对脉象的描述均采用“以物喻象”的方法，如喻浮脉为“如水漂木”、喻弦脉为“如按琴弦”、喻涩脉为“如刀刮竹”等。脉象的诊查则赖于医师手指切脉的主观感觉。由于切脉者对脉象定义的理解有所不同，加之手指感觉对脉搏信息的接收差异，因而对同一位病人的脉象，不同的医师则可能做出不同的、甚至分歧较大的判别，这种情况既使在富有经验的医师中也不可避免。传统的诊脉方法带有极大的臆断性，给脉诊的研究及教学带来了很大的困难，以致古人云“在心易了，指下难明”。鉴于此，脉诊的客观化研究就成为继承和发扬祖国脉学的当务之急，共同的客观标准对于指导中医脉诊的临床实践、科研及教学有着极大的意义。

二、脉象描记仪器

脉象客观化研究的首要前提是记录到可靠的桡动脉脉搏波波形。目前大致有三类描记器，即压力传感式描记器、光电容积式描记器及多普勒血流描记器。鉴于中医传统的脉诊是以指压法进行的，因而以压力传感式描记器最贴近中医切脉，所以在目前被广泛应用。而后二种仪器记录的则是桡动脉的血流信息，有不少的研究者用此与压力传感式脉象仪做相关分析时使用。

目前，各地生产、研制的脉象仪约有数十种，其中最关键和差异最大的部分是脉象传感器。脉象探头样式较多，有单部、三部、单点、多点、刚性接触式、软性接触式、气压式、硅杯式及子母式等。组成探头的主要原件有半导体应变片、压电晶体、单晶硅、高分子压电薄膜和液态可变电阻等。以单部单点应变片式使用最为广泛，如北京医疗仪器厂生产的BYS－14型脉象仪、上海医疗器械研究所的MX－3型脉象仪等。随着脉诊研究工作的深入，为了解决单部单点式传感器反映的脉象信息局限的问题，已有可行寸、关、尺三部同时诊脉的传感器研制成功，这使脉象仪描记的脉图更接近传统的“三部九候”的诊脉理论。另外，上海医疗器械所研制的MX－5型脉象仪，探头由7个子探头组成，可以从

一个面上观察1个心动周期中压力随时间变化的波型，从而解决脉道粗细的客观化研究；上海中医学院研制的九路脉象传感器，由九个独立的测力传感器组成，目的在于实现中医脉象的三维信息表达。较之单部单探头脉象仪，这些仪器使用尚不广泛，但从脉诊客观化研究的发展趋势来看，三部多点式、能自动加压调节的脉象传感器则是近期研究的主要方向之一。

三、脉图的检测方法

由于各地使用的脉象仪以及脉图检测方法不完全相同，故在此以应用较广泛的上海医疗器械所生产的MX—3型脉象仪为例，简要介绍寸口桡动脉压力脉图的描记方法、脉图波形的名称、脉图主要参数的测算以及常见脉象图的识别。

（一）脉图的描记方法

1. 脉搏压力探测点的选取

一般的研究或临床诊断，常以左关部桡动脉为压力探测点。根据需要，亦可选择左、右两侧的寸、关、尺三部甚至趺阳脉做为压力探测点。

2. 受检者体位

取正坐或卧式，手臂与心脏接近同一水平，掌心向上，前臂放平，腕部置于脉枕上，去除对探测、描记脉图有碍的物品。

3. 描记脉图

（1）将已调试好的脉象仪传感器用胶带固定于选好的压力探测点上，启动连接的心电图仪进行脉图描记，连续描记5～7个心动周期。

（2）通过压力定标按钮，在脉图上自动记录取法压力大小。通常检测者通过调节压力，获取数个不同取法压力下的脉图以供分析。

（3）连接心电图Ⅱ导联电极于受检者，记录心电——脉图时差，此数值常与用皮尺测量的胸骨中线第三肋骨水平点至探测点的距离一起用来测算脉搏波传导速度。

（4）使用速率检测键可得到脉图经微分处理后的速率图曲线。

（二）脉图各波的名称

从桡动脉上描记的压力波形，一般有三个向上的波（图22－1），按其出现的先后，依次称为：主波、潮波（或重搏前波），以及降中波（或重搏波）。3个波峰之间有2个波谷，第1个波谷未命名，第2个波谷称降中峡。

（三）常见脉图的识别

应用脉象仪已可记录浮、沉、迟、数、弦、疾、滑、细、促、结、代、涩、动、紧、芤等多种脉象图。对脉象图形的识别，有时域分析法、多因素识图法、数学模型法及智能化方法等。其中时域分析法是最直观和应用广泛的一种方法，是直接通过对脉图形态各项指标的分析，来确定平脉与病脉之间的差别，从而鉴别出各种脉象。

1. 脉图主要参数的测算

关于脉图的生理参数，单纯从脉图形态来说，主要取具有特定生理意义的脉图曲线上的特征点（或称标志点、转折点）。在纵坐标上表示高度（H），指脉图曲线上各点到基线的距离；在横坐标上表示时间（T），指脉图曲线上任意两点间的时间间隔。在以往的脉诊实验研究中，多以上海市脉象协作组提出的脉图参数测算方法做为基础，并随各自的研究目的而有所增减，常用指标如图22－1所示。

除脉图曲线上直观可得的数据外，还有些指标常被采用，如：脉波速率、取法压力以及根据不同等级压力描记的脉图做趋势曲线、脉搏波传导速度、脉图面积以及波幅高度比值等。

2. 常见脉图的分类

各地学者意见比较统一的有平、弦、滑、细、涩、浮、沉、迟、数、促、结、代、芤等脉象。由于测量参数的称谓尚未统一，为叙述明了，以目前公认的脉图波形名称加以描述。四种常见典型脉图见图22－2。

（1）平脉

脉图呈三峰波，主波、重搏前波和重搏波依次递减。脉动周期约0.8秒左右，节律均匀，脉幅整齐。重搏前波高/主波幅高<0.7，降中峡高/主波高<0.4。

（2）弦脉

主波升支陡峭，降支在重搏波前下降缓慢，重搏前波明显抬高，与主波接近或与其融合，常呈宽大主波。重搏前波高/主波高≥0.7，降中峡高/主波高≥0.5，重搏波不明显或较平坦。

（3）滑脉

主波升支陡峭，降支下降迅速，重搏前波微小甚至缺如，脉图多呈二峰波。降中峡高/主波高<0.3，重搏波幅则显著增大，表现为降中峡后的明显波峰突起。

（4）细脉

主波升支缓慢，波形低而宽，其他指标与弦脉相似。

（5）涩脉

主波升支和降支均缓慢，上升支中可见顿挫，主波顶峰圆钝，重搏前波和降中峡相对升高，重搏波不明显，整个波形表现为低平的土堡形，并常有脉图形态不一、脉波周期不一的现象。

（6）浮脉

脉形不拘，以浮取时主波最高。

（7）沉脉

脉形不拘，以沉取时主波最高。

（8）迟脉

脉形不拘，脉动周期>1秒。

（9）数脉

脉形不拘，脉波周期<0.67秒。

（10）促脉

脉波周期短，类似数脉，但有不规律歇止。

（11）结脉

脉波周期类似平脉或长于平脉，有不规律的歇止。

（12）代脉

脉波周期类似平脉，有规律的歇止，且歇止的时间较长。

（13）芤脉

主波上升支速度略低于平脉，而下降支速度较快，重搏波缺如，降中峡位置低，接近

甚至低于基线，重搏波明显，整个脉图呈二峰波型，脉波周期短。

四、脉诊客观化的临床研究

如前所述，局部脉象与整个机体存在着全息相关关系，因此客观脉诊正是立足于全息诊断与时间全息的观点，探讨及验证了中医传统的脉象理论。并且又由于脉诊实质上是对动脉内血流动力学的综合判断，故在应用脉象仪的同时或同步应用诸如多导生理仪、多普勒超声心动图仪以及配合血液流变学、甲皱微循环、舌色的检测，甚至复制脉象模型等手段，在探讨、验证传统的脉象理论的同时，对脉象形成的机理也做了大量的研究工作。

（一）对传统脉象理论的探讨与验证

此项工作是在脉诊客观化研究中开展得最早、涉及面最广的。主要涉及正常人脉象的研究、寸口脉以候脏腑的理论、切脉指法压力以及部分病、证与脉象、脉图的关系。

1. 平人脉象的研究

中医学把没病的人称为"平人"，把平人脉象称为"平脉"。"以常衡变""以变识病"是中医临床诊断应用的基本原则，只有认识了正常的脉象，才可识别有病之脉。因此，研究者们围绕平人脉象做了大量的工作。

(1) 平人的脉象类型

对于平脉，古人没有很具体的描述，近代中医诊断学描述为："三部有脉，不浮不沉，不快不慢，和缓有力，节律均匀。"从脉图上看，典型的平脉呈三峰波形，波峰依次递减，节律均匀，频率正常。然而，大量的切脉结果与脉图证实；正常人的脉象也是多种多样的，除平脉外，尚可见弦、滑、细、浮、沉、迟等脉以及多种兼脉。

(2) 影响平人脉象、脉图的常见因素

中医学的"天人合一"观说明人与自然界是息息相通的，人与自然有着全息共振关系，所以自然界中的变化也会在脉象上有所反应，其他如年龄、妊娠、居住环境、情绪等均有可能成为影响脉象的因素。

正常人四季脉的脉图研究表明，春季较其他三季脉象有变弦的趋势；夏季脉波幅最高，呈洪脉趋势；秋季脉脉位较浅，脉浮者比例较其他三季为高；冬季脉脉位较沉，呈紧脉的比例在 1 年中最高。但前述的弦、洪、浮、沉、紧主要表现在定性趋势上，此与古人云："春弦、夏洪、秋毛、冬石，四季和缓，是谓平脉（《濒湖脉学》）"的论述相符。另外，就四季脉图的主波幅、图形面积来看，夏季＞春季＞秋季＞冬季。在昼夜变化对脉象影响的研究中表明：昼（平旦到日中）则脉象偏滑大而带数，夜间（日西至夜半）则偏弦小而迟缓。滑大数为阳，弦小迟为阴。昼夜脉象的阴阳变化正是与"日中阳气旺""夜半阴气盛"的自然界阴阳转化相适应。

年龄也是影响平人脉象的重要因素之一。随年龄的增长，脉象可以表现出明显的变化，首先是脉率，现代医学对此论述很明了，即小儿时期心率偏快，随增龄而渐减，至老年期则偏慢，此与脉率无疑是一致的。我们在此主要论及脉象形态的变化，正常成人在青年时期以平、滑脉为主；中年时期则弦、滑脉比例增多；至老年期见弦脉为主。有研究表明，正常人的动脉硬化概率随着增龄而增大，这与切脉或脉图呈弦象者随年龄增大而增多的变化趋势是一致的。并指出，这种规律性的变化与随年龄增长致动脉弹性下降、周围血管阻力升高以及脉搏反射波增大有关。

妊娠妇女脉象变滑，是由于气血冲和，以利孕胎而致，有人认为，滑脉是高度敏感的

诊断早孕方法，优于妇科检查，与尿妊娠试验相近。

其他诸如：精神紧张可使脉象变弦，热刺激则脉位变浮，寒冷、疼痛时脉象趋于紧、弦，以及脑力劳动者以细弦脉比例大而体力劳动者见弦滑脉为多等等，诸多影响脉象的因素不胜枚举。

综上所述，平人脉象可见平脉以外的多种脉象，研究者们认为：只要脉来从容和缓、有力、节律均匀，三部俱现，就是具有了胃、神、根之平脉三要素，故不能做为病脉，可视为生理变异。

2．“寸口脉以候脏腑”理论探讨

关于寸口脉分候脏腑的理论，向为历代医家所推崇，但由于缺乏足够的证据，又存在分歧。在脉诊部位与肝脾病相关性探讨中，研究了慢性浅表性胃炎的肝胃气滞型与脾胃气虚型患者的左右关脉图形的差异，结果显示肝郁证左关部脉象呈弦，而脾虚证右关部脉象偏滑，表明了肝脾不同病证在寸口分候的相应部位上有不同的反应。另有人通过左、右寸关尺三部脉象的图形描记与心功能测量指标做相关分析，显示左手寸部脉在最佳压力时与所测的 8 项心功能指标均有显著性相关，明显地较其他各部更能准确地反映心脏功能。

此类研究开展尚不多，但初步给中医脉学“左关候肝、右关候脾、左寸候心”的论述以佐证，为“寸口脉分候脏腑”理论提供了一定的实验依据，并认为依据生物全息观点，有可能提示寸口脉各部的局部动脉血管结构和功能与所候脏腑之间存在着某种内在联系。

3．关于切脉指力与脉图描记压力的研究

在对中医传统的浮、中、沉三种取脉方法的研究中，表明当寸口脉脉图处于最佳状态时，也就是切脉指力处于最佳量时，此时脉图与心功能测试的参数相关项最多，显著性最高，这说明了传统的取脉方法是具有科学性的。关于取脉指法压力，通过脉图上的压力定标标记即可直接读出数值，这使传统的脉诊指法得到了量化。但至目前尚无统一的浮、中、沉三种取法的具体压力范围。多数是以各自的研究对照中的平脉为标准，以得到最佳脉图时的压力值范围为中取，那么小于此范围者则为浮取，反之，即为沉取。如有人定：中取压力 100～170g，浮取小于 100g，沉取大于 170g；还有人提出压力应以千帕为单位，举、按、寻三候的压力标准分别为小于 6kPa 为举（浮取）、12kPa 左右为寻（中取）、大于 18kPa 为按（沉取）等。这个问题的解决有待于仪器的统一和计量单位的统一。

4．关于病、证与脉象、脉图及心血管功能的关系

大量的临床脉诊研究主要分两方面：一是部分常见病、证脉图的识别及与该病、证主脉的对应关系；二是部分病证的脉象、脉图与心血管功能的关系。

（1）常见病、证的脉图与传统主脉的研究

数十种常见病、证的脉图分析结果与传统的中医诊断学中所描述的该病、证主脉密切相关。如冠状动脉粥样硬化性心脏病属祖国医学“胸痹”“真心痛”范围，其脉图则以弦脉、弦滑脉为主，兼见紧脉与涩脉；高血压病属中医肝病范围，其脉图亦多具弦、弦滑、弦细特征。这些都与“弦脉主痛”“弦脉主肝”的论述是一致的，而兼见滑脉也正与此二种病多具有痰湿的病因病机相吻合。在疾病的辨证分型中，脉图结果与该证型主脉亦有良好的对应性。如在冠心病中，脉痹型者脉多弦兼紧；心气虚型脉多弦滑、弦细；气阴虚型脉多细、细数；气阳虚型则涩脉比例较大。在癫痫病中，风痰闭阻型以紧、弦为主；痰火内盛型以弦、弦滑为主。心肾亏虚型则以动、弦细为主，气滞血瘀证与气虚血瘀证患者

（病种不限）的脉图显示：前者以弦涩脉与弦紧脉为主，后者则以弦细涩脉与弦细脉居多。

（2）部分病证的脉象、脉图与心血管功能研究

由于脉象直接反映了心血管的机能状态，因此，在此类研究中，首先是从现代医学的心血管系统疾病入手并突破的。近年来，研究面已日渐扩大，涉及其他系统。如胃病、肝病、中风、癫痫、血液病、代谢病、肾病等以及中医辨证证型如气虚、阴虚、瘀血、痰证等。

如与冠心病患者的脉图描记同步进行的心功能检测，说明了心功能受损的程度与各脉所主的证型呈高度相关，如呈弦、弦滑脉者，心功能尚好、或处于代偿期，而呈涩脉者的心功能最差。有人观察，急性心肌梗塞患者随着病程的进展，其脉图特征从弦滑→细滑或芤→沉细，这种转化与患者的心血管功能指标的变化趋势是一致的，即心功能尚可代偿→心功能受损→心功能渐恢复。将高血压病患者分为阴虚阳亢肝阳上亢型，阴虚阳亢肝肾阴虚型，气阴两虚 心气虚弱型，其脉图特征分别与此三证型相对应，病情依此分型顺序加重，其心血管功能受损情况亦按此次序渐趋严重。

除心血管疾病外，血液病滑数脉与非滑数脉患者的心功能、脉图的对比分析表明：滑数脉患者有轻度的心功能损伤，故而提出凡血液病患者见滑数脉者应考虑到已有心功能损伤的存在，治疗上应注意保护心功能，滑数脉也可做为血液病病情动态观察的一个指标。再如气滞血瘀证的病理生理特征是正常心输出量、高外周阻力，而气虚血瘀证则以低心泵低心输出量为其病理生理特征。

（二）关于脉象形成机理的研究

鉴于局部脉象与整体间存在着无可否认的全息相关关系，那么与脉象形成有直接关系的心血管系统的机能状态与整体间同样存在着这种全息相关关系。学者们通过探讨不同的心血管机能状态，试图阐明各类脉象形成的机理，以促进中医脉象理论的深入发展，有助于提高脉诊在临床应用中的价值，这无疑也是中西医结合的一种新途径。

由于该项工作绝大多数是与临床具体病、证的脉象研究一并进行的，加之各地在对做相关分析的检测项目、仪器以及研究的病种、对象的选取上存有差异，故结果亦不尽相同。这里仅介绍研究得较多，意见尚能统一的几种常见脉象的形成机理。

1．平脉

正常的心输出量、周围血管阻力、心率、心律以及正常的血液流变性。

2．弦脉

心输出量轻度降低，左室射血时间延长。动脉弹性模量增大、动脉管壁顺应性减少及周围血管阻力明显升高。血液流变学检测示：全血粘度增大，红细胞变形能力降低。

3．滑脉

心输出量增加，左室射血速度加快，总外周阻力降低，动脉弹性模量减小以及由寸口桡动脉所支配的末梢血管扩张。寸口桡动脉处血流速度较常人明显增快并血管管径较常人相对增大。血液流变学检测示：全血粘度降低，红细胞电泳增快及血沉加速。

4．涩脉

心输出量明显下降，左室射血速度减慢，总外周阻力明显升高，动脉血流量减少，流速减慢，动脉顺应性降低。寸口桡动脉处血管内径变细、血流速度慢、血流量明显减少。血液流变学检测示：全血粘度增加，血浆粘度增加。

5. 细脉

每搏心输出量减少，左心舒张期人径、平均动脉压较低。动脉血管顺应性下降，总外周阻力增大。寸口桡动脉舒缩期内径明显减小，桡动脉血流量偏低。

五、脉诊客观化研究展望

脉诊客观化的研究证实了传统的中医脉象理论是具有坚实的血流动力学基础的，是极具科学性的，因此研究的前景是非常广阔和大有作为的。目前该项工作尚处在百家争鸣阶段，首先应争取早日实现脉图检测技术的规范化，以求确定统一的脉图特征及其参数的可信值。再者研究应能脱开心血管系统范围，加强与中医辨证的联系，进一步把脉象研究推进到阐明脉象与全身各系统疾病、各种致病因素致病条件的关系，从而将其做为病因、病理诊断的客观化工具。此外，鉴于脉象包含大量的信息，必须采用包括压力脉图在内的多种技术手段来进行接收、获取，方能取得实质性的突破。相信在不远的将来，脉诊客观化研究可进入实用阶段，必将极大地推动中医脉学的发展和提高。

脉诊做为中医四诊之一，早已为人们所熟知，而做为一个全息元加入全息诊断的家族是否有资格呢？前面我们所以把脉诊的演变，从遍诊法到三部诊法再到寸口诊法的变化历程加以简述，就是为了反映出诊脉部位虽然逐渐局部化，但反映整体全息相关变化的能力却更加深入细微，而且无论遍诊法、三部诊法还是寸口诊法，均有具体部位界限，如寸口诊法明确指出布指应先将中指在高骨（即桡骨茎突）内侧定关部，再用食指在关前一寸定寸部，无名指在关后一寸定尺部。《难经》也早指出尺寸共一寸九分之地，其交界处为关，而且临诊时要根据病人前臂的长短而决定指的疏密，这都明确标出了寸口脉诊做为全息元看待的相对的边界，只不过这里着重强调的是功能信息形态，因此，寸口与腕踝同样都可作为一个单独的全息诊疗方法，借以候整体疾患，不仅如此，而且寸口诊脉与时间节律和情志变化均有密切关系，一日之中，四季之间的脉象，即是平脉亦有差异，人们早已掌握并用于临床，同时这也充分表达寸口脉诊的时间全息内涵。喜怒哀乐的情志变化，也在脉象中有明显反映，这体现了全息元中的精神心理与躯体变化之间的全息共振关系。我们今后重点研究的内容之一，就是各不同全息元上的精神心理变化特点或控制穴区。因此，无论从全息元的相对独立性，到全息元的时间节律，还是全息元上精神与物质的全息共振关系都可以看出，寸口脉诊是早已被中医研究最精的全息诊断方法。

第二十三章　指甲全息诊断

第一节　指甲全息诊断基础

指甲诊病亦称指甲诊断，是以观察十指指甲的血气形态、色泽变化来诊断机体脏腑器官疾病或病变程度的方法。指甲诊断属中医望诊范畴，是望诊的内容之一。《灵枢·本脏》篇指出："有诸内，必形诸外"、"视其外应，以知其内脏"，这充分说明了内脏组织器官和体表有着密切的联系，前者的病变可以在后者反应出来，这是指甲全息诊断的理论依据。

一、祖国医学对指甲的认识

指甲位于上肢之末，手指之端，《灵枢·动输》篇说："夫四末阴阳之会者，此气之大络也。"这说明四肢末端，是阴阳之交接之处，经气联络之关要。此外"爪为筋之余"。爪即指（趾）甲。《素问·五脏生成论》云："诸筋者，皆属于节"。"肝之合筋也，其荣爪也，其主肺也"。《灵枢·天年》篇也说："肝之华荣在爪甲，其充于筋"。以上都说明了筋（指甲）和肝的关系，也就是说，筋支配全身肌肉关节的运动，依靠肝血来营养，故有"掌受血而能握，指受血而能摄"和"肝主筋，其华在爪"等说。肝血充足则指甲红润；肝血不足则指甲枯槁，变薄、变软。

二、现代医学对指甲的认识

指甲为皮肤角化附属器官之一，由角化上皮细胞所组成。它来自胚胎时期的外胚层。在胚胎第十周时，指甲在指端的尖端开始发生，手指甲的发生早于足趾甲。各指端的背侧细胞增厚，形成三、四层，名甲区。其细胞向近侧端的真皮中伸入形成甲基。甲区的近侧及两外侧都被甲褶（表皮皱襞）所包围。由甲基分生的扁平细胞密集角化后向指端推进，伸展于表皮层内面，使甲的上下皆有表皮覆盖。上面的叫甲上皮，至第八个月后断裂，指甲开始显露，且具有明显的弯曲。下面的叫甲下皮，将来成为甲床的生发层；甲床就是由它和真皮构成。甲上皮过渡到甲后襞表皮上，甲板游离缘下面的甲下皮则过渡到手指末端的表皮上。

指端的血管，是由各指桡、尺侧的指固有动、静脉在指末端构成的血管网。其中包括动脉毛细血管网、静脉毛细血管网、毛细淋巴网。

指端的神经，在拇指、食指及中指指尖的皮区，由正中神经的皮支支配；在无名指指尖的皮区，由正中神经和尺神经的皮支混合支配；小指指尖的皮区，则由尺神经支配。

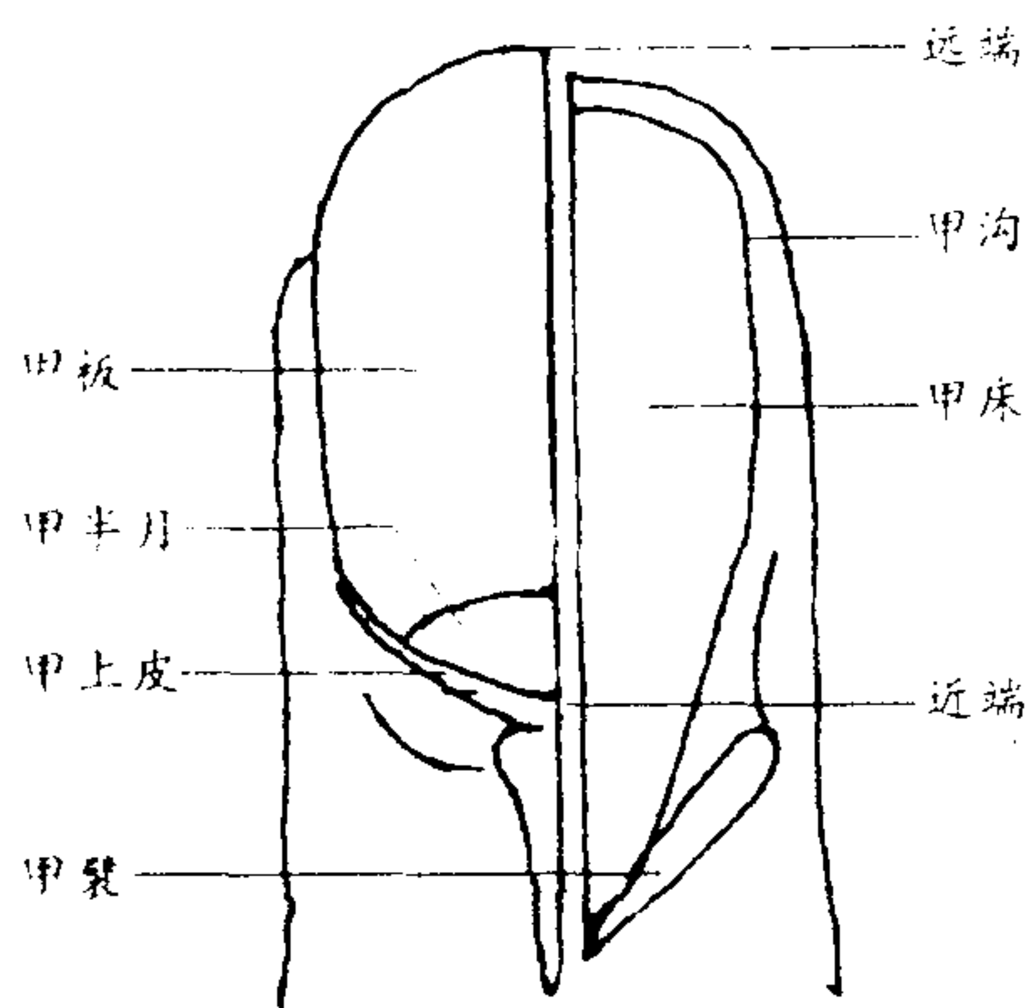
正常健康的指甲，扁平、微隆、呈弧形，其两侧弧度较锐利，坚而韧，有弹性，不易折也不过分柔，不过薄也不过厚，光洁、齐整，半透明，可见其下方甲床的血气，颜色淡红、鲜明、润泽。从指甲的横切面上可见，指甲基本具有皮肤的各层，但乳头层不明显。甲板的上面（背面）和下面（腹面）均有"矢状凸凹线条"，前者的线条较宽，较光滑；后者的线条较细，凹凸明显。线条的性状、数量、排列各指甲不相同。

成人指甲的形态、大小、厚薄除了遗传、营养、年龄有关外，也受生活、劳动、环境

条件等的影响。一般地说，指甲的形态与其功能活动相适应，手参与工作（劳动）越多，指甲越加坚韧。如徒手劳动者的指甲坚硬、厚实，脑力劳动者的指甲则相对薄一些，软一些。青少年的指甲比较光滑，中年以后在甲面开始出现纵行沟纹，也会随年龄加深。

组织解剖方面：指甲可分为甲板和甲床两部分。甲板（又称甲体、甲身）是遮盖在手指末节背面的角质板，略成弯曲的四边形。其长短、宽窄大体同手指末节相当，约占第三指骨的一半。甲板附着指端处下面的部分叫甲床（又称甲托），它牢固地附着于骨膜上，起承托指甲的作用。甲床和甲板紧密地贴合，这是甲床组织的一大特点。甲床内含有丰富的毛细血管网，经路在其中融汇贯通，指甲生长的营养由甲床血管供应，但研究所见，比较而言，甲床微循环的血管构筑，要比骨骼肌、肠系膜内微循环的血管构筑形式简单一些。

甲板的前缘（末端）游离，称远端（又称甲前极）；反缘隐蔽在皮肤深处，叫甲根，靠甲根的一端称近端（又称甲后极）；甲板外露部分除游离缘外，其余三边周围皮肤隆起如嵴，称甲襞。甲襞与甲床之间的沟状下陷，名为甲沟。甲板的所谓内侧称桡侧，所谓外侧称尺侧，两侧在甲沟与甲襞相接（见图 23－1）。



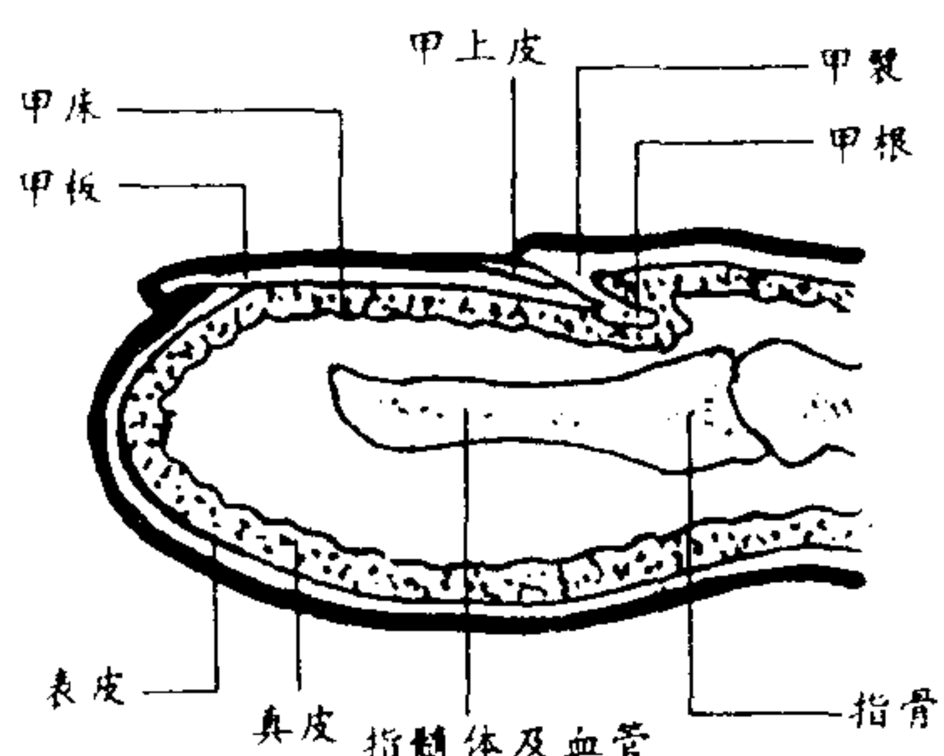


图 23－1 指甲解剖（下为指端纵切面）

近甲根处甲板（即近端）有一个白色半月形的区域，叫弧影（又称甲半月，小月，健康圈、安全圈），常以拇指为显著（其形成尚无公认的解释）。弧影颜色决定于细胞层的厚度，若厚的甲床内毛细血管网几乎完全不能透过，故成白色。

甲根下方的甲床特别厚，名甲基质。其细胞增殖能力活跃，指甲即由此不断生长延长，如拔甲时这部分受到损伤，新生的指甲则粗糙不平。正常指甲生长延长的速度，一般来说每周约增长 0．5 毫米，但与年龄、气候、健康情况等有关，譬如，夏天指甲的生长比寒冬季节快一些，在一手的五指当中，中指和食指指甲生长得又较其余指甲快一些，儿童的指甲生长要比老年人快 2～4 倍。

三、指甲诊病机理探讨

1．指甲诊病与脏腑经络学说

中医认为，人体生命活动是脏腑、经络、气血、津液以及精髓、筋肉、皮毛等整体功能活动的总合。脏腑包括五脏（心、肝、脾、肺、肾）六腑（三焦、胆、胃、大肠、小肠、膀胱）和奇恒之腑（脑、髓、骨、脉、胆、女子胞）。脏与脏，腑与腑，脏与腑之间，脏腑与四肢百骸、五官九窍、皮肉筋骨以及毛发、指甲等组织器官之间是由经络相联系的。

人体有十二经脉（亦谓正经）、奇经八脉、十二经别、十二经筋，十二皮部和十五别络、浮络、孙络等等。它们纵横交错，内联脏腑，外络肢节和毛发指甲，入里出表，通上达下，既把各组织器官连成一个统一的整体，又是气血循行的通路，还具有感应传导和调

节机能平衡的作用。经络学说认为，经脉内络外连有一定的循行部位，所以脏腑组织器官的病变，就可以由经络的作用反映到体表的相应部位；同理构成了脏腑器官与指甲的联系，脏腑器官病变自然也可以反映到十指指甲的相应区域。

此外，关于脏腑与四肢关系，中医还认为表现在“八虚”。《灵枢·邪客》说：“肺心有邪，其气留于两肘；肝有邪，其气留于两腋；脾有邪，其气留于两髀；肾有邪，其气留于两腘。凡此八虚者皆机关之室，真气之所过，血络之所游。”又四肢还通过脾的作用与胃发生关系，《素问·太阴阳明论》云：“四肢皆禀于胃，而不得至经（径），必因于脾，乃得禀也”。此即，观察四肢（当然也包括指端、指甲）的变化，有助于了解内脏的变化。

2. 指甲诊病与气血津液学说

气血津液是人体生命活动不可缺少的物质基础，也是指甲诊病的基础。它们在脏腑的功能活动中产生，又通过经脉输布全身，滋养脏腑、经络、五官九窍。

“气者，人之根本也。”（《难经·八难》）“气乃神之祖……气者，精神之根蒂也”（《脾胃论》）。研究表明，“气”是物质的，它还带有信息。所谓“人活一口气”。“无气则死矣”，都形象而具体地说明了“气”的重要性。如果气机升降失调，出入不利，则运动阻滞或逆乱，便会在指甲上表现出来。

血与气的关系非常密切，通常气血并提，在指甲上也是同时反映出来。同时，“津血同源”，津液是血液的重要组成部分。气、血、津液在生理上互相资生，互相依存。在病理上，它们互相影响，“气滞则血瘀”，“血虚者气亦虚”。气血双亏现象在指甲上的反映临床并不少见。特别是元气不足，或久病伤损的虚证患者，其指甲苍白无泽，察看十分困难。

血气的色彩在指甲诊病中亦很重要，《外科正宗·察形色顺逆第十一》云：“凡看人病，兼视其形色，……阴病见阳色，腮颧红献；阳病见阴色，指甲呈青，此二者俱死”。《中医望诊·手诊法》中的“相气十法”，把气色分为表里（浮、沉）、阴阳（清、浊）、虚实（微、甚），近久（散、搏）、生死（泽、夭），以“气者色之变，色者气之常”来说明色与气的关系。指甲血气色彩的变化与上述基本上是一致的。

综上所述，气血阴阳相对平衡，协调配合，则身体健康。反之，“气血不和，百病乃变化而生”（《素问·调经论》）。这些变化，包括脏腑之虚实，气血之盛衰，津液之盈亏，病变之轻重和病情之进退等等，在一定程度上必然通过经络和气血反映到体表，在指甲上以不同的位置、不同的形态和不同的色泽客观地表现出来，此即所谓“人体脏腑生理病机的信息”。

3. 指甲诊病与微循环

微循环是微动脉与微静脉之间的微血管血液循环，从广义地说它还包括淋巴循环在内，因而它是关系到气体、营养的转运及排泄的管道系统。

微循环的研究和临床应用评价证明，微循环与血液流变学的变化在分析病情、辅助诊断、指导治疗上是很有价值的。指端微循环是全身微循环的一部分。甲皱的微血管非常丰富，对神经体液变动十分敏感。在病理状态下，不仅有毛细血管襻形态和分布上的改变，血液可不经正常的通路而行短路途径，而且血液及其中红细胞、白细胞的循环状态，也可因疾病而出现不同的变化。虽然指甲诊断与甲皱微循环的观察方法、观察部位有所不同，但甲床微循环与甲皱微循环均属指端，相邻相通，甲皱微循环的上述诸多动态变化，在甲

床微循环也应出现同样的变化，两者的某些改变应当是一致的。微循环作为机体最小的功能单位，它为指甲诊病提供了可能性。

4．指甲诊病与全息论

全息论认为，人体是一个有机的整体，在整体与各部分之间，不仅有组成关系，而且有信息互映关系，“部分与整体包含的信息相等”“在一个体里面，任何一个相对独立的部分，都是整体的缩影”。就人的十个指甲来说，它在全身同样也是一个相对独立的部分，同样包含着全身的信息。实践证明，指甲（局部）可以反映人体疾病（整体），它与全息论是一致的。更有趣的是，当我们把五指并拢，对掌空握，十个指甲相对的时候，便会发现：身体各部位在十个指甲上的分布，恰象一个人体，身躯呈蜷缩状，这是个类似胎儿的缩影。它以指甲近端为背侧，远端为腹侧；以拇指甲为头、颈，食指甲为胸、背，中指甲为腹、腰、脏腑器官基本各居其中；它的手、肘在食指甲，臀、膝在无名指甲，足、踝在小指甲，并且两侧对称。另有专家也观察到类似情况，比如拇指指甲多反映头部、颈部病变；食指指甲多反映头以下和膈肌以上之间的病变（上焦、胸、心肺等）；中指指甲反映膈肌以下与脐以上之间的病变（中焦、肝、胆、脾、胃等）；无名指指甲多反映脐以下至二阴以上之间的病变（下焦、肾、膀胱、肠道等）；小指指甲多反映二阴及下肢的病变（下焦、二阴、两下肢）。从而证明十个指甲也含有人体的全部信息，故也可称之为全息图（见图23－2），这一发现更充实了医学全息理论。

第二节　中医传统指甲诊法

一、指甲形态主病

1．甲坚体壮，甲软体弱：指甲薄软，主胆气虚，身体素质较差，气虚血亏，易患出血疾病、钙质缺乏病，也常见于久病之人。

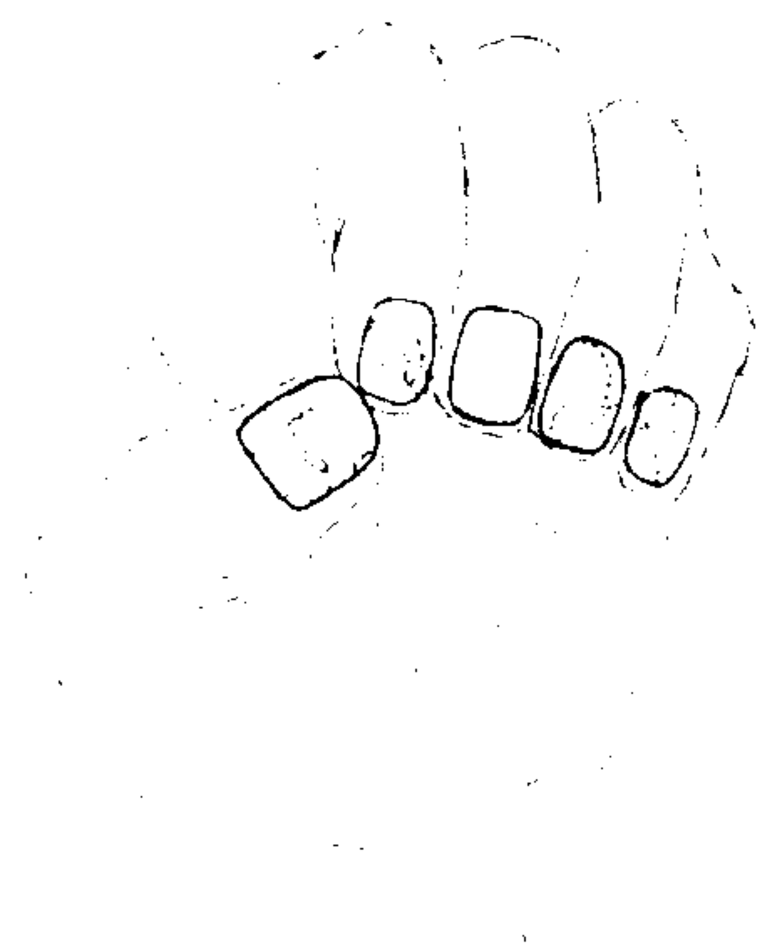


图23－2　指甲人体全息示意图（左手）

2．萎缩甲：状如初生虫翅，多属心阴虚损，血行障碍。

3．指甲粗厚：指甲远端或侧缘日渐增厚，表面失去光泽，呈灰白色或黄白色，表面粗糙不平，呈粉状、蛀蚀状，质脆枯槁，多为甲癣，常伴手足癣；或为气虚血燥，或为水湿浸渍，或为湿毒外侵，阻遏气血所致。

4．指甲干枯而不润，浑浊而发污，多为阴虚血少，肝血不荣，阴精不布所致。

5．指甲剥离：甲板与甲床逐渐分离，如剥笋状，故称“竹笋指甲”。指甲呈灰白色，无光泽，变软薄，多由失血过多，营血亏损所致，或素体肝血不足，肝经血燥气血不济，阴阳气机不畅，以致指甲失去濡润。亦见于外伤或甲癣。

6．指甲脆裂：甲板失去韧性，不坚，易于断裂，且呈层状分离，多因血行障碍，或血虚风燥不能荣润指甲，以致质脆易裂；或体内缺铁，以致指甲易于碎裂。

7．横沟指甲：甲面上出现凹陷横沟，多少不等，使甲面凹凸不平，透明度差。多因肺燥阴虚、气津不布或肝气郁结，或气虚血瘀，指甲失养。易患脱毛症，且情志易抑郁。

有时伴甲下一条沟底瘀血带，多因外伤所致。

8. 指甲嵴棱：由甲根向远端起纵行嵴棱，数目多少不等，往往平行，形成纵沟。多因肾阴不足，肝阳上亢，或气血双亏，或甲床损伤，以致阴阳失调，气血失和所致。易患营养不良症、过敏性疾患、呼吸系统疾病。

9. 钩状指甲：甲板向远端屈曲，中间隆起呈山峰状，甚至形如鹰爪，又名鹰爪甲。甲面粗糙不平，呈黑、灰色，或黑绿色，不透明，无光泽。多有外伤史，或属先天禀赋。但总因气滞血瘀，阻滞络脉，不能濡养指甲，常见于风痹、筋挛患者。

10. 扁平指甲：甲板逐渐变为扁平，表面不平，常有交叉纹理，远端宽而扁，指甲变短，甲沟肿胀。多发于婴幼儿，往往因吸吮或咬指甲等不良习惯所致，气血不能畅达，指甲失养而变扁平。

11. 筒状指甲：指甲卷曲如筒，又名“葱管指甲”，多见于久病体虚之人，或安逸少劳者。若压之苍白，放手仍变化不大者，多为气血双亏病人。

12. 指甲自行脱落者，多因瘭疽、蛇疔、脱疽、疠风所致。或因肾虚火旺，或大病后气血双亏。若完全没有指甲，即缺甲，可为先天性畸形之一。部分性缺甲常为短颈畸形综合征的一个症状。

13. 指甲肥大：甲板肥厚性增大、变硬、质脆、干燥、无光，易受外伤而破裂。常见于银屑病、肺心病、肢端肥大症、肝硬化等。甲沟炎、霉菌感染、职业性外因刺激等，常为指甲肥大的诱因。

14. 窝状指甲：又称点状指甲，发生在甲板表面呈点状的小凹窝，多为针尖大小，可为一个或多个，疏散分布或排列成线状，以指甲远端为多，常在陷窝内积有尘埃而呈褐色。点状甲可见于正常人，但多见于银屑病、风湿热、皮炎、湿疹、霉菌感染、维生素缺乏症、高山病、急性肺结核和急性热病之后。

15. 指甲弯曲：从指甲的长轴向一侧边缘渐渐压入侧甲沟，甲板变厚、变硬、延长、增大，其形弯如羊角，表面凹凸不平。弯曲部分受到压挤可引起疼痛。好发于足拇趾甲，也见于手指甲。在中年后发病者常为指甲发育异常。多数手指甲弯曲见于银屑病、雷诺氏病、外伤、周围血管性疾病，肝气虚，或肝血不足而致指甲失养。

16. 匙状指甲：又称反甲。最初甲板扁平，以后变薄，两侧缘及游离缘翘起，甚至翻转，甲板中央凹陷呈匙状。好发于食指及中指甲。可见于气虚血亏、肝血不足、脾失健运、营养不良、痹证、贫血、缺氧、梅毒、胃切除、溃疡病出血、钩虫症、甲状腺机能亢进、恶病质、皮肤病等。

17. 指甲半月变化：宽窄可因人、种族而异，一般在拇指甲比较宽而明显；老年人则较窄，营养不良时甲半月可消失。因此，甲半月是人体营养状况的指示灯。甲半月呈红色，可见于心脏疾患；淡红色或淡白色的甲半月多见于贫血患者；甲半月呈天蓝色提示为威尔逊氏病（肝豆状核变性）；甲半月呈乳白色多为肝硬变末期之兆。

二、指甲色泽主病

1. 白色

（1）指甲色白主寒证。

（2）指甲苍白主血虚，乃色不能荣；亦属虚寒，多因脾肾阳衰。

（3）指甲淡白为脏气虚寒，或气血不足，或元气亏损。

（4）指甲软萎㿠白，压之白而无华，系气血亏损、肝血不荣。

2．红色

（1）指甲色红主热证，一般为气分有热。

（2）色鲜红多为血分有热或阴虚劳热。

（3）色深红或红紫，多为风热毒盛，邪犯心经，或为痹证、疠节风等。

（4）甲板远端为红褐色，甲板近端为玻璃白色，其间界限分明，称对半指甲，又叫红白指甲，可出现在肝硬化病人氮质血症时。

3．紫色

（1）指甲色紫主血瘀，色紫绛主心血瘀阻。

（2）指甲紫绀，伴口唇紫绀，主气滞血瘀，血液循环障碍，体内缺氧。

4．黑色

（1）指甲色黑，或因局部外伤，或为血瘀作痛，或为心血瘀阻之重症。

（2）色黑而肢厥冷，干呕面青者，病凶。

5．青色

（1）指甲色青，多为寒证，多主重症、痛证，或为血瘀。

（2）指甲色青黑，多提示病情危重。

（3）内服阿的平、氯喹等药物，指甲可呈青色。

6．蓝色

（1）指甲色蓝，多主血瘀，或缺氧。

（2）实证见蓝色甲，多属瘀血，或为心血瘀阻；虚证见蓝色甲，多属恶候。

（3）误吃发芽的土豆、烂白菜而引起亚硝酸盐类中毒，指甲可呈蓝色。

（4）血色素沉着病、肝豆状核变性、黑尿酸症等，可使指甲呈褐蓝色。

7．黄色

（1）指甲色黄为黄疸，或为嗜烟之人。

（2）指甲色黄伴有皮肤发黄、两肋胀痛，多为肝胆疾患。

第三节　指甲分区全息诊法

中医传统指甲诊法经现代医家的观察研究，其中已有不少发展。此外，许多医家在应用指甲诊断方面又有一些新发现，并以医学全息思想为主线总结出新经验，统称之“指甲分区全息诊法”。有的专家并详细观察到不同疾病时，指甲一定部位往往出现各式各样的“血气符号”，颇有诊断价值。

一、指甲分区法（图 23－3）

为便于观察、比较、判别和记录与疾病有关的指甲变化及其部位，必须先将指甲进行适当的分区。通常应用的划分方法有三：九区位法、四区位法和五区位法。

（一）九区位法

九区位法即将指甲划分为九等分：从其近端到远端，从其桡侧到尺侧，纵横各三等分，划分成九格，其分区名称各为“桡侧近端（中段、远端）；中部近端（中段、远端）和尺侧近端（中段、远端）”。

从实用来看，九区位法的优点是划分比较精细，定位也较准确；缺点是略嫌繁琐，以目测区分，有时不易准确判定位置。

（二）四区位法

四区位法即将指甲划为四等分：从其近端到远端，从其桡侧到尺侧，纵横各二等分，划分成四格，其分区名称各为“桡侧近端（远端）和尺侧近端（远端）”，纵线常称作中线。

四区位法由于目测较易判别，在观测时比较方便，缺点是较粗，因为指甲上脏腑器官病变符号位置接近，相互交错，所以划不细不易分辨。

从临床实际出发，以上两种分区法都是可取的，选用的原则是因需因病制宜。如专对某一疾病察看或观察鉴别有关疾病时，以九区位法较好；若对指甲诊病的一般察看，则以四区位法较为方便，或者两法同时配合应用。

（三）五区位法

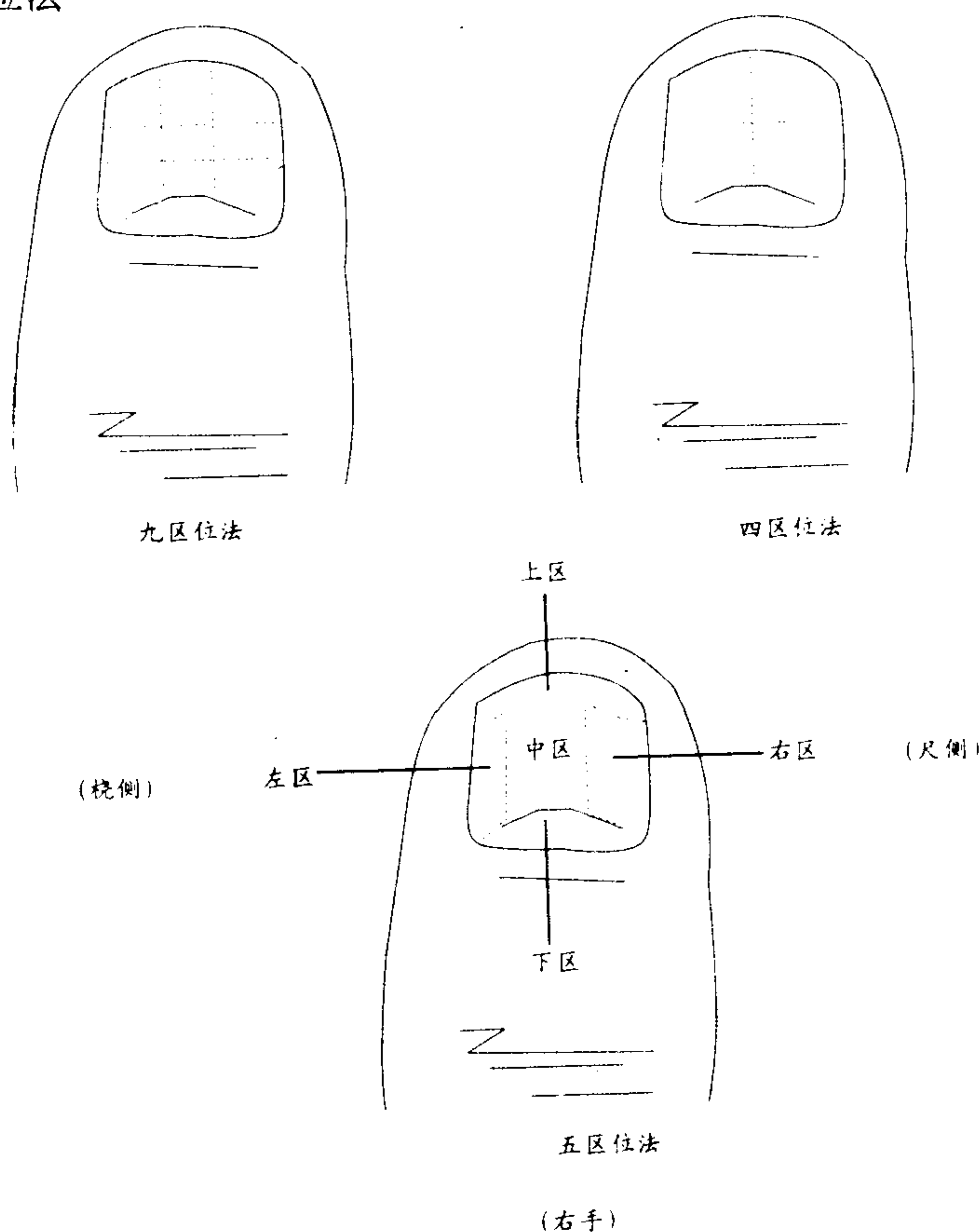


图 23－3 指甲分区图

五区位法即将每个指甲分为左、右、上、下、中五个区位，每个区都反映机体相应脏腑和部位（见图 23－3，本图以右手指甲为侧，换为左手，则左右反位）。

上区在指甲的远端部位，即甲游离缘处；下区在甲半月部位；左区在指甲两侧之一方，其在桡侧的一边即是；右区与左区相对，即指甲的尺侧一边；中区在指甲的正中部位。

各手指指甲用五区位法代表全息部位如下：

1．拇指指甲：中区多提示头部病变；左区提示头部左侧病变；右区反映头部右侧病变；上区反映头之上部病变及上焦部分疾病；下区反映头之下部的病变。

2．食指指甲：中区提示咽喉、气管、肺等呼吸道疾病及心血管疾患；左区提示左侧胸部、肩部、心及肺部的病变；右区反映右侧胸部、肩部、颈部、肺部等病变；上区提示颈部、气管、心的病变；下区提示中焦、胸及胃的病变；若异常表现（如白斑、红点、暗红色条纹等）贯穿任何一指指甲的上、中、下三区者，提示脊椎有病。

3．中指指甲：中区多提示中焦、胃、肠、膈的病变；上区多反映膈、肺的病变；下区多反映脐部、腹部病变；右区多反映肝、胆疾患；左区多反映胃、膈、胰的病变。

4．无名指指甲：中区多反映脐部、小腹、腰部、膀胱、肾等下焦病变；右区多反映肝胆的病变；左区多反映脾、结肠的病变；上区反映腰椎、脐部的病变；下区多反映膀胱、肝、胆疾患。

5．小指指甲：上区多反映腰部及膀胱的病变；下区反映两下肢的病变；中区多反映下肢及生殖系统疾患；左区和右区多提示下肢及生殖系统病变。

二、王氏指甲诊法简介

上海著名学者王文华教授多年来发现指甲的全息性质并广泛应用于临床诊断，因有专著问世，本书仅作简单介绍。

（一）血气符号

王氏称血气符号是指血气在指甲上因不同病变而出现在一定位置的各种形态、色泽的征象。它反映脏腑器官的某些病变及其程度，是指甲诊病的依据。疾病的信息是通过血气符号反映出来的，并随疾病的变化，血气符号也有规律性变化。

1．血气符号形状：大小、形状各异，可有圆形、半圆、椭圆、月牙、条形、钩形、八字形、三角形、锥形、哑铃形、点状、线状、片状、棒状、云雾状、波浪状等。相同的形状间也有差异。其大小可能与病变范围有关。

一般地说，疾病不同，其符号的形状不同，但也有不同疾病出现相同形状的符号，或者相同的疾病出现不同形状的符号。例如肝肿大和脾肿大，其符号的形状均为锥形或三角形，只是前者在右无名指甲出现，而后者却在左无名指甲（与肝在右而脾在左的解剖位置相合）；又如冠心病，大部分符号呈三角形，但也有椭圆形或个别呈月牙形、长条形者，但它们都位于左中指甲的尺侧。

很多病例说明：疾患不愈，指甲上的符号是不会消失的，只有彻底治愈者，符号才会消失。例如拔掉了龋齿，其符号即消失；十二指肠球部溃疡彻底治愈后，其符号也见消失。但肺结核病灶钙化之后，其圆点状符号却长期留在食指甲上，只是颜色由紫红变为淡灰。溃疡病经手术治愈之后，也会见到白色条状的符号痕迹。

2．血气符号色泽：色泽是脏腑气血的外荣，指甲血气符号的色泽主要反映病变程度及其变化。常见的颜色有：红、淡红、紫红、黑、紫黑、黄、淡黄、白、灰等。泽亦有荣润、鲜明和晦暗、枯槁之分，如“紫晦”就是通常所见的猪肝色。

一般而言，疾病急性期或病变活动（发作）时，符号的色泽呈鲜红或紫红；缓解稳定期则变为淡红色。病势沉重时可变紫、变黑。例如慢性胃炎患者，平常在其右中指甲的桡侧远端可见一呈淡红色的条形符号，当胃炎急性发作时，变为鲜红色。

临床上还可见到一些符号色泽对于某种疾病的诊断具有特定意义，如心肌梗塞和肝硬化的符号多紫晦或黑色，糖尿病的呈白色，谷－丙转氨酶高者，会在肝炎云雾状符号的基础上出现白色线条。符号色泽有时也有助于对疾病的鉴别诊断：例如慢性结肠炎和便秘，两者的符号都呈云雾状，位于右中指甲桡侧近端，但前者呈淡红色，而后者呈淡灰色。

3. 血气符号位置：一种疾病反映在某指甲的一定位置上是比较稳定、相对固定的。但是由于指甲的面积有限，符号又多，加之有的符号位置之间连接或交错，所以辨别其位置关系是很重要的。

疾病不同，其符号的位置也不同。例如冠心病和胸椎肥大症，其符号位置分别在左、右中指甲尺侧；慢性支气管炎和哮喘病，其符号位置分别在食指甲桡侧的远、近端。但不同的疾病其符号位置相同的也有，如咽喉炎和肩周炎，两者符号都见于食指甲桡侧远端，而且符号的形状也相同，都是圆点状，所不同的是咽喉炎在拇指甲上还可见到一个或多个符号，故可鉴别。

有的疾病可同时出现两个、三个甚至多个符号，分别在多个位置上。如胰腺炎，在左无名指甲出现半圆形符号，在左中指甲上也有，同时还在右无名指上出现“八字”形符号，三者都呈淡红色（发作时呈鲜红色）。所以诊病时必须三指甲的符号合参。此外，有的病可在一个位置上出现符号，也可能在两个位置上出现，心脏早搏就是，大多数患者在左中指甲上，呈点状，有的人却同时还在左食指甲上出现，也呈点状。

还可见此现象：凡是对称性的脏腑、器官病变，其符号是在同侧的手指甲上出现，即左侧病变出现在左手指甲上，右侧病变出现在右手指甲上，两侧同时有病则在两侧手指甲上出现。如偏头痛，其符号在拇指甲尺侧远端，左侧头痛在左拇指甲出现，右侧头痛则在右拇指甲出现，若整个头痛，则在左右拇指甲上均可见到斜条形符号。再如慢性肾炎，左无名指甲上的三角形、月牙形或云雾状符号反映左肾有病，右无名指甲上的同样符号反映右肾，两手无名指甲上均见此符号，则提示双肾病变。这是“同侧对应原则”的体现。

（二）观察方法

察看指甲时，请病人伸手俯掌，自然伸指，最好在自然光线下观察。先看其指甲有无缺损、伤残或涂染。医者以一手的拇指和食指挟持于患者任一手指的末节关节两侧，固定指端，再以另一手的拇、食两指持于该指端指甲两侧缘的前三分之一处，通过捏、推、挤、撤等动作，来观察、对比、识别指甲上每一个有关血气符号的形态、色泽和位置，并一一记录。

（三）疾病符号的分布

根据临床观察，众多的五脏六腑证候，它们的血气符号在双手指甲上的出现有一定的规律性，其分布有相对集中的趋势，与前面画的指甲全息示意图相合。一些疾病符号在指甲上的区域位置基本上固定不变。

1. 拇指指甲：拇指指端主要为手太阴肺经所循行。拇指甲主要反映头颈部疾病，其中包括颅脑、眼、耳、鼻、咽喉、口腔及颈部。两手的拇指甲相同，但左右方向相反。

2. 食指指甲：食指指端主要为手阳明大肠经所循行。食指指甲主要反映上焦、上肢及部分咽喉部和中焦疾病。

右食指指甲主要反映气管、肺、食道、乳房、胸背、肩、肘、手及咽喉、颈部病证；左食指指甲与右者基本相同，但左右方向相反，并包括心的病证。

3. 中指指甲：中指指端主要为手厥阴心包经所循行。中指指甲主要反映中焦及部分上、下焦疾病。

右中指指甲主要反映胃及十二指肠、横膈膜、肝、胰、肾、肺及胸、腰、大肠等病证。

左中指指甲除还包括“心”外，其余基本与右侧相同，但左右方向相反。

4. 无名指指甲：无名指指端主要为手少阳三焦经所循行。无名指指甲主要反映下焦及部分中焦的疾病。

右无名指指甲主要反映肝、胆、胰、肾、大小肠、膀胱、生殖器官及腰、膝等病证。

左无名指指甲主要反映脾、胰、子宫、尿道、输卵管、外阴、肛门等部位的病证。

5. 小指指甲：小指指端为手少阴心经与手太阳小肠经所循行。小指指甲多只反映膝以下的疾病，如跟骨、跖骨等部位的病证，有时也见前列腺等疾患在小指指甲上的反映。

（四）常见病的指甲全息诊断（略）

第二十四章　足全息诊疗

足部全息诊疗法萌生在洪荒时期，是中国古代传统医学的一部分，与中国针灸医学及古代中医被视为同根源。中国《路史》记载，当人体有病时，发现脚部也有一处或几处出现痛觉敏感区，在被腾跃蹦跳中触及的敏感区会发生刺痛，而疾病也随之好转，这一现象的反复出现使人们发现可以“摸足治病”。中国《史记》述及上古黄帝时代有位高明的医家名叫俞跗，“俞”与“跗”通，“跗”即“足背”，专门摸脚治病，这就是中国最早的足全息疗法的应用记载，秦越人扁鹊（春秋战国时代的名医）对俞跗十分崇敬，在为太子治疗时，接待他的中庶子曾崇敬地提到古代名医俞跗，说他“治病不用汤药”而能“一拨见病之应”。汉代名医华佗很重视足部导引术，汉唐时代出版的《华佗秘籍》中有“足心道”这门研究足部按摩的学问。唐玄宗天宝年间，日本派遣留学生到中国学习，将足部按摩法治病术引入日本。元朝时期意大利人马可勃罗来中国游历并曾任官，将忽泰必烈所著的《金兰循经》译成西文，使足部穴区按摩法传入欧洲。而在中国本土，针灸、中医中药的蓬勃发展和封建习俗的影响，使足部穴区按摩法渐渐衰落失传。西方却逐渐在实践中应用和发展了足部全息疗法。8世纪日本人从中国引进了“足心道”指压法，逐渐发展为“脚部穴道指压法”，“肺部反射带刺激疗法”、“脚底刺激健康法”等。20世纪出现了瑞士的“脚部反射区病理按摩法”，美国的“脚部反射区按摩疗法”，德国的“足反射疗法”。1980年我国台湾出现了“吴若石神父病理按摩法”。1982年4月，台湾成立了“国际若石健康法研究会”，把病理按摩法所规定的56个反射区发展为63个，并依据它所奉行的宗旨：“研究发展、教育推广、服务社会”。使其分会和会员遍及45个国家和地区，自1988年以来，每两年举行一次世界大会，交流学术实践，研究理论和进行推广。1990年7月在日本东京举行的国际若石健康法学术研讨会上，世界卫生组织执委会委员温贝尔格女士指出：“足部反射区健康法的努力方向与世界卫生组织对健康的广义概念是一致的”。1986年国际若石健康法香港分会会长陈中干先生开始在我国大陆推广足部反射区健康法，使这一发源于中国、发展于国外的全息疗法在中国中医针灸的故乡得到丰富的营养而极快地推广升华。

第一节　足全息诊断

诊断涉及到望诊和触诊，多用无痛诊断法（以望诊为主）和有痛诊断法（以触诊为主）来判断足部各区所对应的五脏六腑有无疾病及疾病的性质。

一、无痛诊断（用望诊加轻触法进行）

无痛诊断对操作者要求较高，除要具备中西医专业知识外，更要有扎实的基本功，要经过长时间的临床实践取得丰富的经验，因而能及时准确地进行全息区定位，熟悉脏腑不同病患在主次要全息区可能出现的常见和少见表现，并在操作中细心观察、反复比较，才能作出较为准确的诊断。

（一）皮肤

1．龟裂、皱折多、角化层厚（往往位于足后跟部），且皮肤干燥缺乏弹性，往往是肾虚的指标。

2．皮肤湿度大，足心有冷汗，是脾虚的指标。足趾间湿度大，则是足汗过多。

3．某器官有慢性病时，其对应反射区之部位易出现鸡眼而且术后易复发。

（二）拇趾：拇趾肚若色偏红或偏紫，饱满、弹性好，压之无凹陷，提示患者为实证；拇趾肚若呈灰黄色、白色，皮肤有皱折甚至塌陷，压之下陷不弹回或恢复慢，提示患者为虚证。

（三）温度：双足温度过低，为脾肾阴虚，若持续几十年，则最后有左侧偏瘫可能；双足温度过高，为内分泌失衡，若持续几十年，则最后有右侧偏瘫可能。若一时性足温突然比平时高，注意全身有无发烧。

（四）形态：脏器手术后或摘除后，在相应全息区内有凹陷出现。肿瘤患者，在相应全息区可见局部饱满或隆凸。五趾变形，如果趾上的小关节较大需进一步除外类风湿性关节炎，如果小关节正常，则注意常因鞋子过小过紧所致，时间长了可引起头痛或腰痛、肩痛、颈痛等症状。

（五）颜色

1．先对患者进行面部色诊，以便对其五脏六腑有一个判断，做到心里有数。（参见本书第七章面部全息诊疗）

2．足部颜色：注意拇趾的头部反射区，额窦反射区，若呈暗紫色，提示脑血管疾患，如脑血管硬化、血管瘘、血管畸形、脑供血不足。车祸受伤患者，在受伤10～24小时后，若足部反射区出现瘀血状颜色改变，则可能该反射区对应脏腑有内伤出血。肩胛肩腺上后方如果青紫，肾脏功能不好。

（六）足趾甲的变化

趾甲有纵沟、不平、薄软、剥脱：营养不良；趾甲畸形、如嵌甲：神经系统可能有病症；趾甲下出现纵行黑线：提示有内分泌失调、痛经或月经紊乱；趾甲凹凸不平：提示慢性肝肾疾病；儿童甲下白斑或红白相间的斑点：提示有虫疾；趾甲下有出血斑：提示有出血性疾病。

（七）其他

1．目测双足骨骼不一样，首先考虑副甲状腺有功能失调，其次考虑与韧带、肌肉失常有关。

2．鼻反射区如果凹入，则鼻子有过敏现象，如果凸出，则有鼻子发炎，流涕或鼻塞。

3．喉反射区骨骼凸出，则喉经常干燥，有慢性炎症。

4．肾主骨生髓，若肾反射区按之较软，而膀胱反射区突出，按之较实，则表现为肾虚、尿多且憋尿，有炎症。

5．胸部反射区有蓝或黑色点，则毛病在五年以上。

6．足趾较尖，在外侧则睡眠有问题，在内侧则鼻子有问题。

7．内外踝水肿、充血、损伤，常影响盆腔和髋关节，如：引起同侧髋关节疼痛。

8．小脑反射区的皮表较为突出，则可能较喜欢吃肉而形成脂肪过多。

9．眼睛反射区有痣，则表示眼睛较差，且时间已甚长。

10．骨骼变形则耳朵可能有问题。

11．横膈膜反射区的骨较为突出，则可能呼吸有困难。

12．生殖器官区压之较酸，则可能有病，妇女常生产次数较多。

13．尾骨不正常，可能导致整个骨盆腔有问题，如性欲较差。

14．子宫的重点在上部，宫外孕时会变硬，怀孕时子宫较突出。

15．前列腺的硬度需与输尿管比较，若软须多次才尿得完，为轻度发炎及肥大。

16．实证脚的肌肉较多，虚证的肌肉较薄。

二、有痛诊断（用触压方法）

（一）在保健中寻找正确的力度，经过按压各反射区，有病变的反射区对痛觉敏感性明显增高，而疼痛的程度常常表明其对应脏腑病情的轻重。

1．正确的力度：平均力度是以按压左足肾上腺（三下才能出现准确的反应）、肾（一下就能出现明确的反应）和太阳神经丛（多数人痛觉不敏感）三个反射区的疼痛敏感性的平均值，做为患者有痛诊断的平均力度。

2．在检查中仍需根据不同情况调整力度，才能得出正确的有痛诊断。例如：脚部表皮较厚，对痛不敏感，则可施力重些；病情较重，妇女儿童对痛觉很敏感觉者，施力要轻些；有的反射区位于肌肉层和骨缝中，施力可重些；对皮肤较嫩处，皮下脂肪很薄而易触及到骨骼处，施力可轻些。

3．疼痛是一种主观感觉，而病理反射区的敏感与否虽多数在操作者的预料之中，但也常有些新发病、潜在病、久病而难确诊者，患者自己也说不清。而这些都能在有痛诊断中很明确地被筛选出来。所以边按压边检查，注意逐一向病人询问有无疼痛不适感，要全神贯注地观察患者的反应，注意面色、血压等变化，不可疏忽大意，不断根据患者的反应调整力度。

（二）有痛诊断的重要部位：应先检查左足的心脏反射区。

部位：心脏反射区位于足第4、5跖骨的中部，检查时应从其下方穿过心脏反射区，到达其上方。

手法：共有三种手法，要先轻后重，并逐渐加压，但切忌用力过大过猛。

重要性：心脏反射区是最主要的反射区之一。要先检查清楚心脏反射区的情况，确定患者心脏是否有病变，才能根据情况确定患者足部保健的总力度。有心脏病的人，其他反射区一定要轻按，不可施力过猛过重。

具体心脏有痛诊断：共有三种手法，注意一定要先轻后重，逐渐加重，最终调整适度。

1．轻手法

（1）采用拇指推掌法。

（2）用拇指指腹从足跟端向足趾端推压。

（3）分为三种力度：轻、中、重各推一次。

（4）意义：①轻力度就感到疼痛，则有心脏问题的可能性是99%，应立刻去医院看病；②中力度就感到疼痛，则有心脏问题的可能性>70%，应立刻去医院看病；③重力度就感到疼痛，则有心脏问题的可能性在50～70%，应立刻去医院看病。

（5）注意：凡三种力度中，前一种力度已引起疼痛的，就不再用下一种力度检查。

2．中手法

（1）用单食指扣拳法。

（2）用食指第一指间关节的内侧向上刮压，总的力度比轻手法重。

（3）又分为三种力度：轻、中、重，各刮压一次，总的力度都比轻手法重些。

（4）意义：①轻力度有痛感，则心脏有问题的可能性是50～70%，一般需要去医院检查；②中力度有痛感，则心脏有问题的可能性是50%，西医检查可能阴性；③重力度有痛感，则心脏有问题的可能性<50%，西医检查可能阴性。

3．重手法

（1）用单食指扣拳法。

（2）用食指第一指间关节垂直向心脏反射区由轻到重地定点按压，总的力度比轻、中手法都重。

（3）又分为三种力度：轻、中、重。一定要先轻、慢、逐渐加重，万不可一开始就重压。

（4）意义：①轻力度有痛感；心脏有小的问题，西医检查为阴性；②中力度有痛感，心脏可能是功能问题，西医检查为阴性。③重力度有痛感，心脏可能是小的功能问题，西医检查为阴性。④完全无痛感，心脏很健康。

（三）全足有痛诊断：按照足部按摩的顺序，准确寻找各反射区的位置，逐一进行按压，目的是体会患者有否痛感及操作者指下是否触及阳性反应物：

1．疼痛，异常的反射区对痛觉非常敏感，根据敏感程度，判断对应脏腑病变的轻重，可记录为"+、++、+++、++++、-"符号来表示，其中"++++"及"+++"是保健治疗的重点。治疗后可减轻或消失。

2．阳性反应物：在压痛区域，注意按之有否小丘疹、小硬块、颗粒状物（有大有小）、条索状物、泡囊状物，这些都是病理沉积物，往往在病变轻重的脏腑反射区出现。应该予以记录。治疗后，阳性反应物可渐变小，甚至完全消失。一般脏腑的好转康复程度与阳性反应物的变小或消失呈相关变化。

3．意义

（1）胰反射区压痛，以右足胰区为明显时，应注意胰头病变。如果同时在该反射区出现青灰色，且略为饱满或凸出，要考虑到胰腺癌的可能。

（2）胰反射区压痛，以左足胰区为明显，同时在小腿内侧坐骨神经反射区有明显压痛和病理性皮下结节、颗粒或砂粒状阳性反应物，则考虑糖尿病。

（3）腰骶椎，特别是内、外尾骨有明显压痛，要考虑到头部有问题，多为头痛、记忆力差。

（4）耳部有明显压痛，平衡器官多半有问题，平衡器官有压痛则平时多有头晕、耳鸣、晕车或美尼尔氏综合征。

（5）额窦疼痛敏感的诊断①三趾额窦剧痛：睡眠不好、一度疲劳；②四趾额窦剧痛：睡眠较差，二度疲劳；③二趾额窦剧痛：睡眠更差，三度疲劳，食欲下降，疲劳明显。④五趾额窦剧痛：严重失眠，四度疲劳，食欲不振，长期紧张。

（6）用力不大却全足到处都痛的病人，多为久病体衰、慢性消耗性疾病、免疫功能明显下降、急性严重疾病、高烧等患者。

（7）多数人都不敏感的反射区如腹腔神经丛、膈肌、斜方肌、肺支气管、肾上腺、直肠、盲肠、解溪等，突然非常怕痛，则表示有问题。如：腹腔神经丛疼痛敏感多半与植物神经功能紊乱有关，需注意有否交感型颈椎病、更年期综合征等。膈肌剧痛应注意与膈肌贴近的脏器有感染性疾病而影响到膈肌，例如肺底病变如小叶性肺炎或胸膜炎、肝脓肿、胰腺炎、肾炎等。斜方肌剧痛往往是由于落枕、颈椎病、肩周炎、背部筋膜炎之一种或几种问题存在。直肠、盲肠剧痛必须想到有关的病变。盲肠常见病有回盲部结核或克隆氏病，直肠注意痔疮、直肠癌或良性便秘。解溪、肺支气管剧痛常因感染、痰多引起。肾上腺一般部位较深，按压第三下才会出现痛感，如果第一下就出现剧痛，应考虑肾上腺皮质瘤、嗜酪细胞瘤等病变。

（8）用力很大而无疼痛的人，常可见于下述情况：①服了镇静剂，如安眠药或其他止痛片；②嗜睡或神志不清的人；③很健康的人；④植物人。

（9）眼睛、耳、三叉神经、心脏、前列腺（子宫）、生殖腺（足外侧）、腰椎、各淋巴腺等反射区，多数人都是痛觉敏感区，按压时要轻。如果重压却无明显疼痛，那么该器官或者是很健康，或者是已经摘除。

（10）小腿内侧的肛门直肠反射区，如果压之有纵向的索条状物，则患者出现便秘，直肠内存有大便。

4．经过长时间保健推拿，全足反射区都不敏感了，也不感到痛了，但病还没有痊愈，还需要判断各反射区的情况，则处理如下：

（1）双足泡于热盐水中，在一盆40℃±的热水中，加一小把大盐，每次泡10～15分钟，多泡几次可恢复敏感，再进行有痛诊断。

（2）台湾用热水冲松玫精给患者泡脚，再用松油膏摩擦脚部，就可恢复足部准确的痛觉反应。

第二节 足 针

传统的足针疗法，尤其是足底部用针灸，其优点是适应症广，往往可用较少的穴位，治疗某一大类病。但在实际运用中，刺激量大，易感染，故通常我们采用与足部反射区和足部全息区联合使用，且尽量采用无损伤的物理疗法作用于穴区。

一、足针基础穴与新穴定位法（详见图24－1、2、3、4、5）

为了取穴迅速，将足部按骨度分寸法设坐标线，方法如下：

1．足跟后缘中点与二、三趾间连线为正中线

2．与正中线垂直划水平线：

（1）第一跖趾关节后引水平线称为横一线，由趾下横纹至该线之间为二寸。一寸处划一横虚线。

（2）一线至足跟后缘之间分为二等分，其划分线称为横二线。

（3）一线与二线分为二等分，其划分线从足心穿过，为横三线。

（4）二线至足跟后缘之间分为二等分，其划分线为内外踝后缘连线，称为横四线。

（5）一线与三线之间划等分虚线，三线与二线之间划等分虚线，二线与四线之间划等分虚线，四线与足跟后缘之间划等分虚线。

这样就划出十个横向间隔，一条实线与一条虚线之间为骨度一寸，则共十寸。

3．与正中线平行划垂直线：

足底各趾间与足跟后缘连线平行于正中线，由内向外分为纵一线，正中线，纵二线，纵三线，其间隔各为骨度一寸。

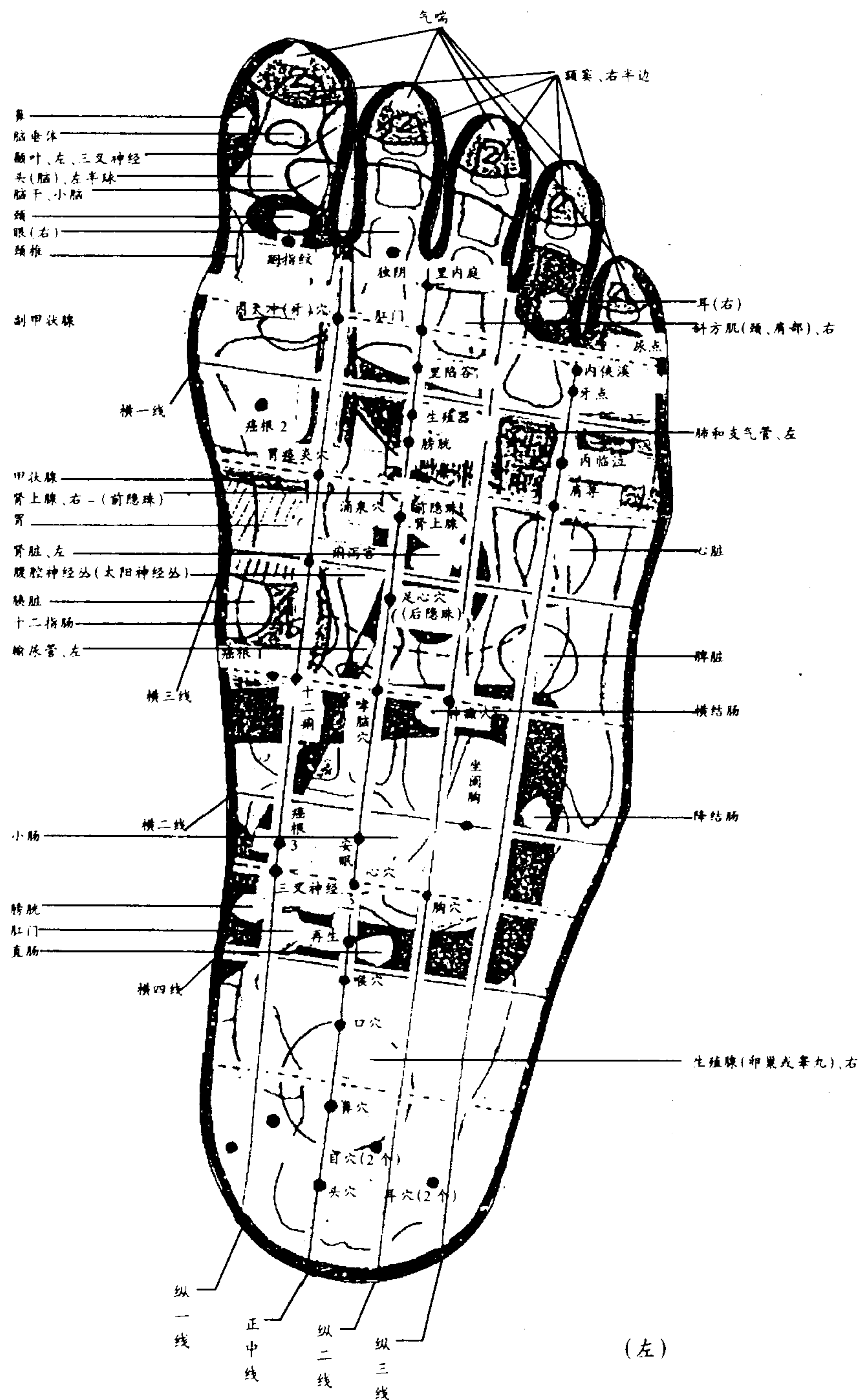


图 24－1　现代足针穴区图谱

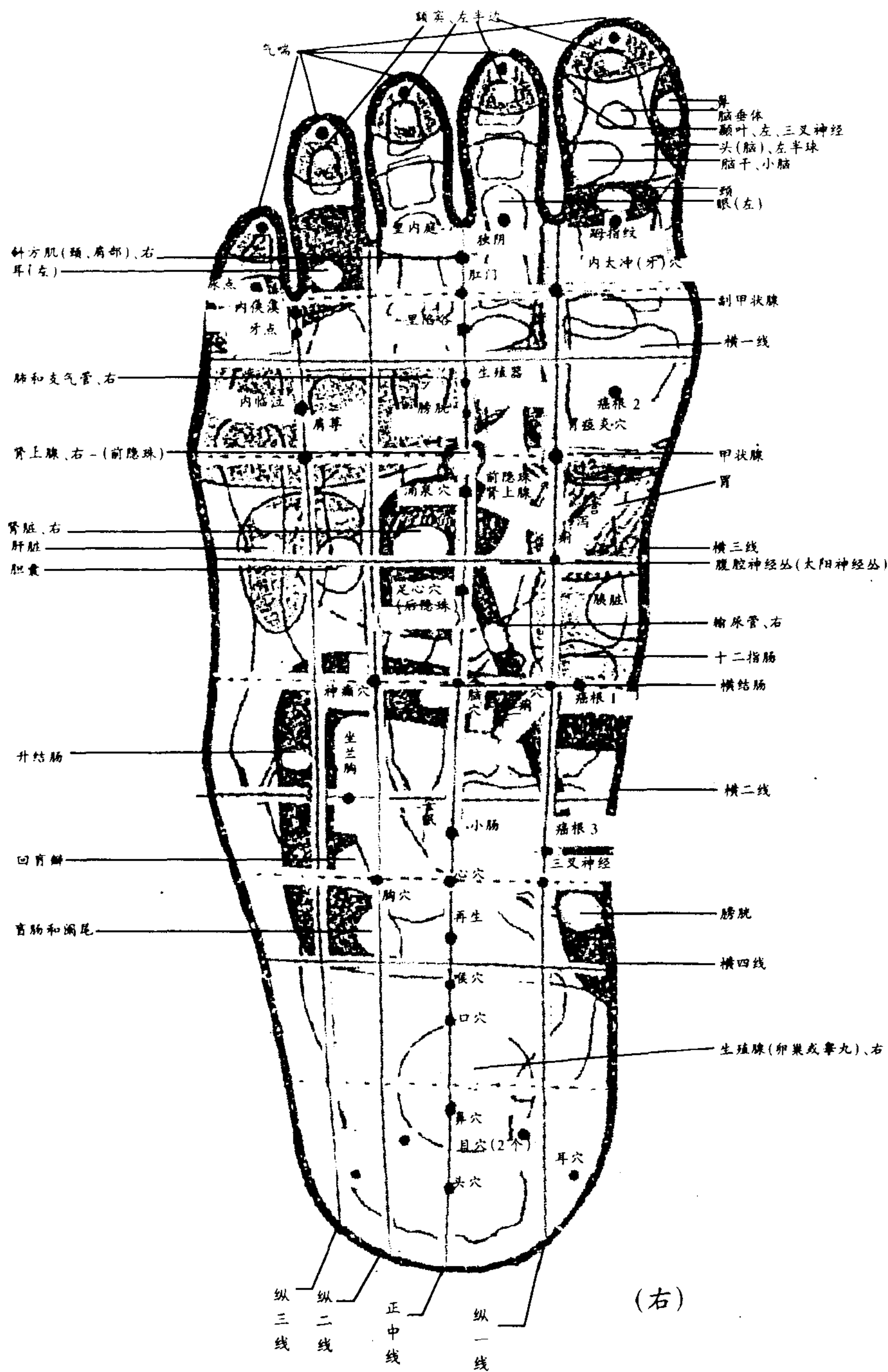

额窦、左半边
气喘
鼻
脑垂体
颞叶、左、三叉神经
头(脑)、左半球
脑干、小脑
颈
眼(左)
里内庭
独阴
姆指纹
斜方肌(颈、肩部)、右
耳(左)
肛门
内太冲(牙)穴
副甲状腺
内侠溪
牙点
里陷谷
横一线
肺和支气管、右
生殖器
内临泣
膀胱
癌根 2
肩尊
胃痉炎穴
肾上腺、右-(前隐珠)
甲状腺
涌泉穴
前隐珠
肾上腺
胃
泻
肾脏、右
肝脏
横三线
胆囊
腹腔神经丛(太阳神经丛)
足心穴
(后隐珠)
胰脏
输尿管、右
十二指肠
神痛穴
横结肠
癌根 1
升结肠
坐兰胸
横二线
小肠
癌根 3
回盲瓣
心穴
三叉神经
胸穴
膀胱
再生
盲肠和阑尾
横四线
喉穴
口穴
生殖腺(卵巢或睾丸)、右
鼻穴
目穴(2个)
耳穴
头穴
纵三线
纵二线
正中线
纵一线
(右)

图 24－2

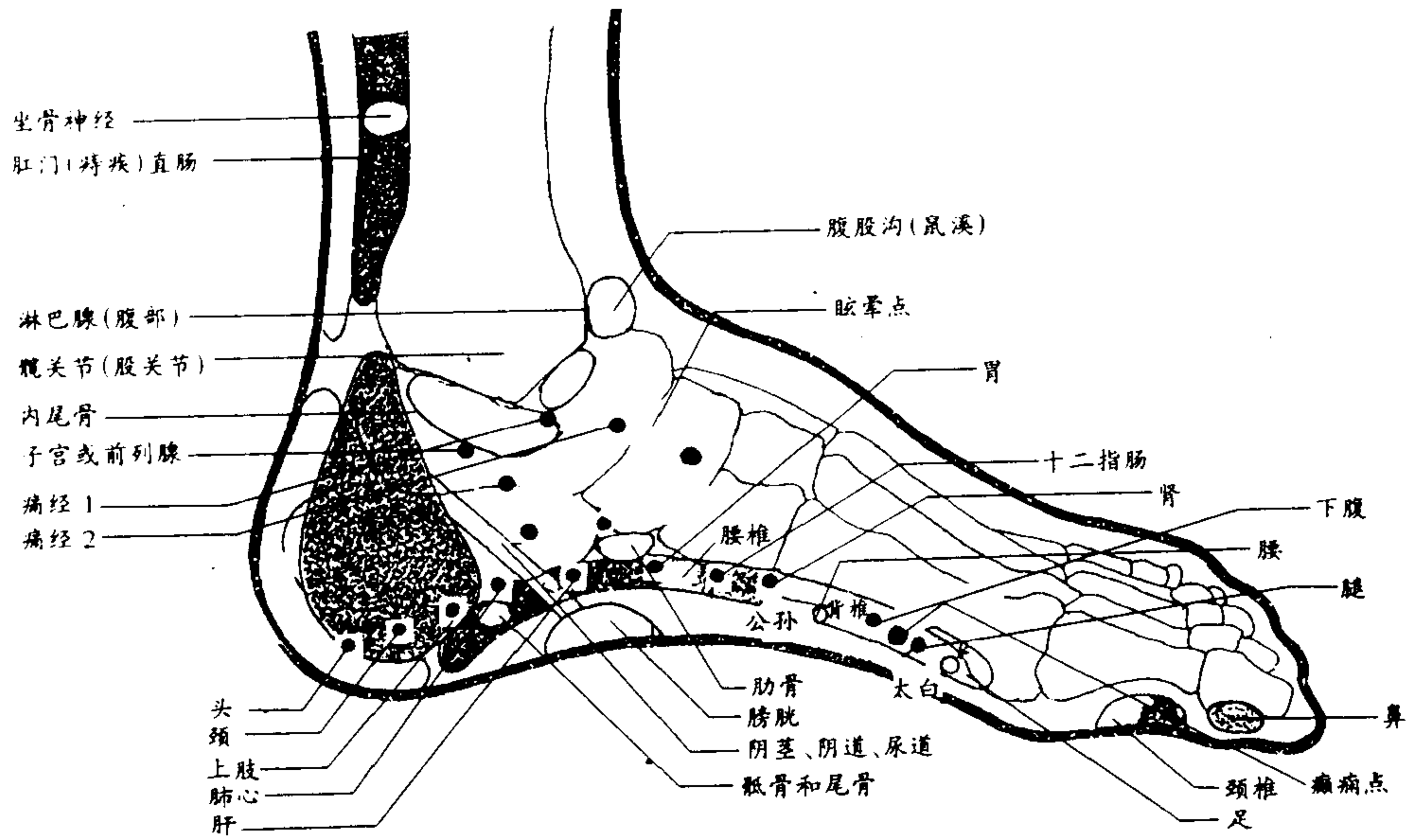


图 24－3 脚内侧

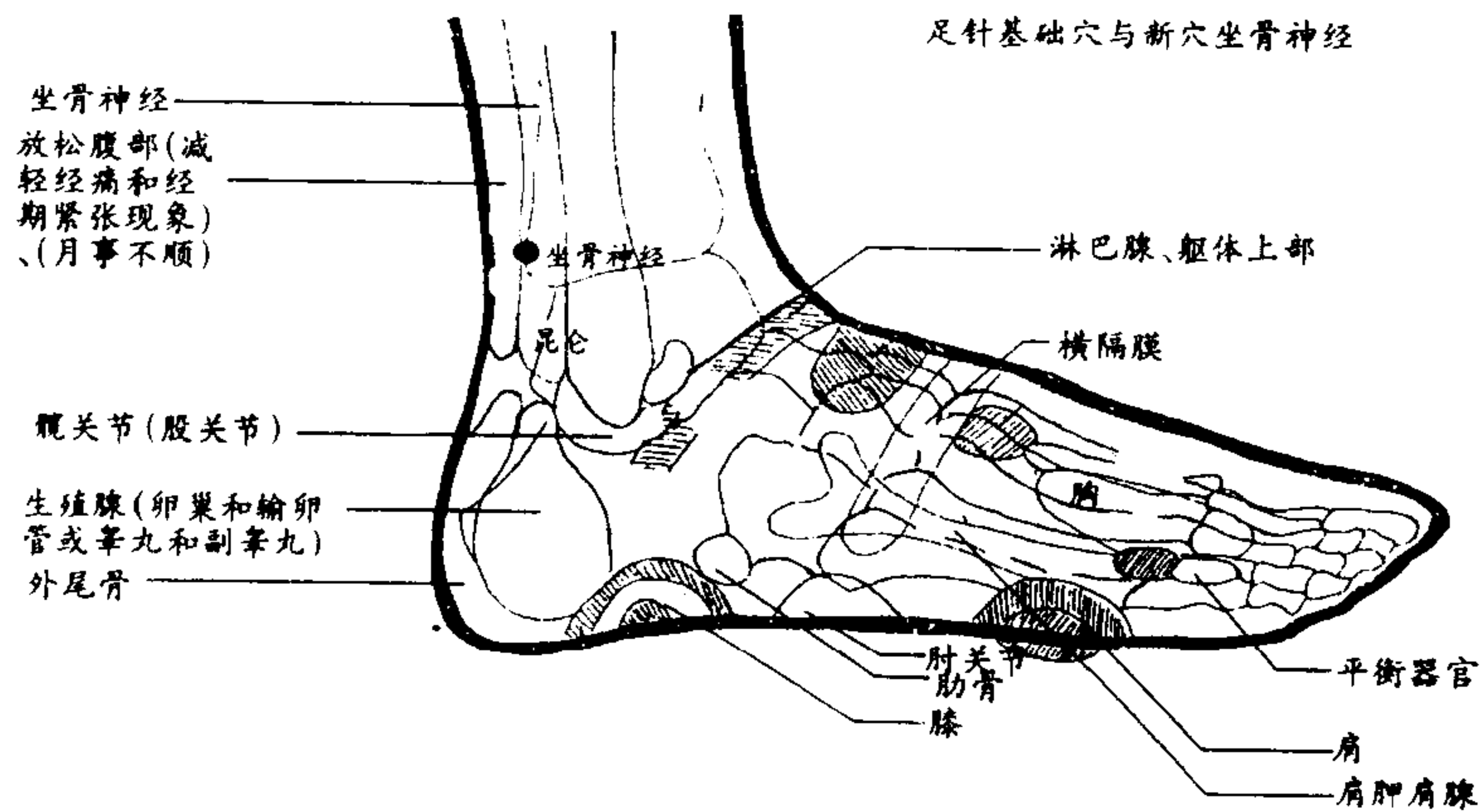


图 24－4 脚外侧

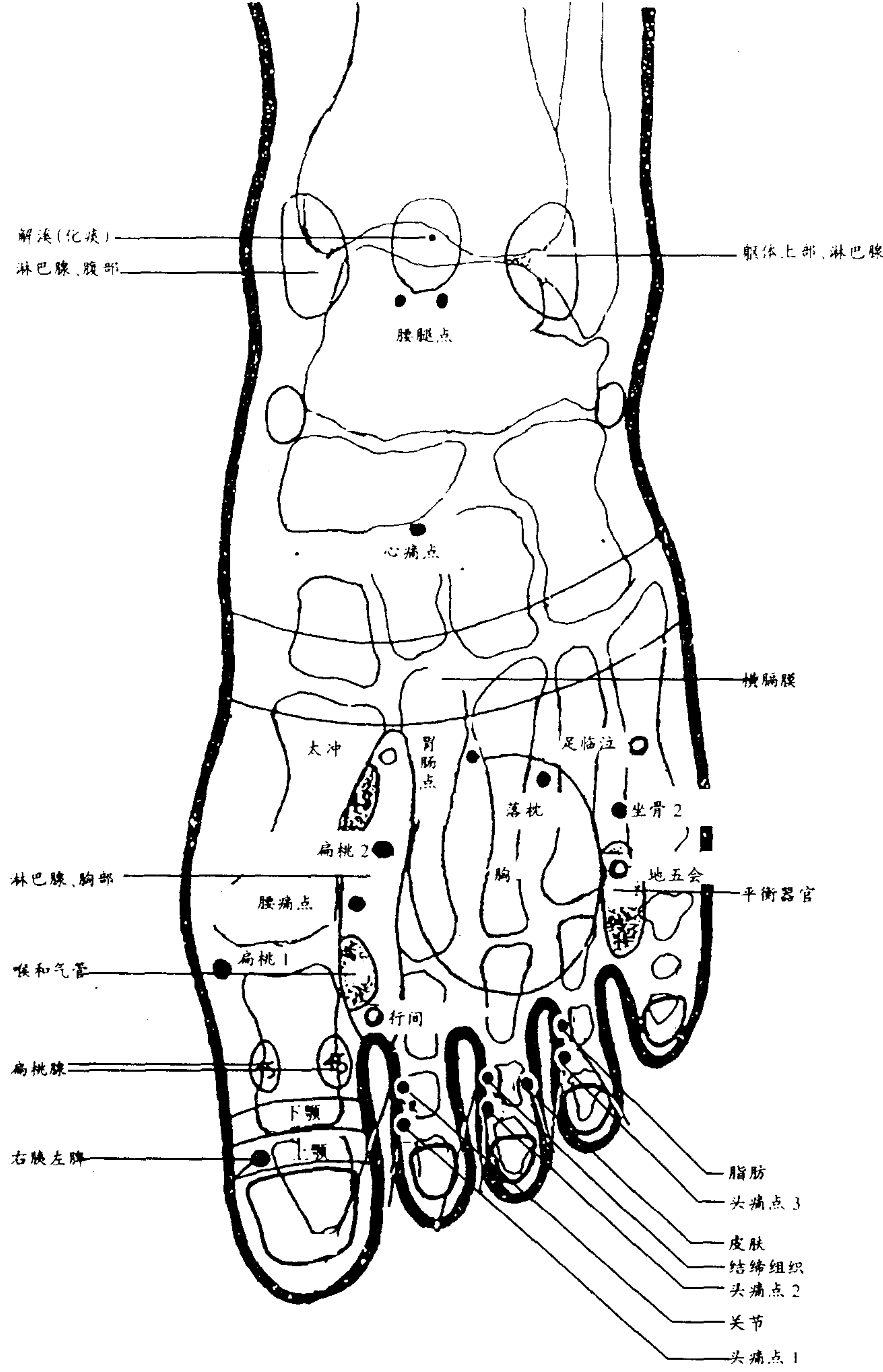

解溪（化痰）
淋巴腺、腹部
躯体上部、淋巴腺
腰腿点
心痛点
横膈膜
太冲
胃肠点
足临泣
落枕
坐骨 2
扁桃 2
淋巴腺、胸部
胸
地五会
平衡器官
腰痛点
扁桃 1
喉和气管
行间
扁桃腺
下颚
上颚
右胰左脾
脂肪
头痛点 3
皮肤
结缔组织
头痛点 2
关节
头痛点 1

图 24－5　脚背

各穴定位与主治表

部位编号	穴　名	部位（由跟至趾方向，由中至内至外侧）	主　治
足底1	头穴	正中线足跟前0.25寸	头痛，牙痛，感冒，上颌窦炎
2	鼻穴	头穴前0.2寸	急慢性鼻炎
3	目穴	鼻穴外0.6寸（2个）	急慢性眼科疾患
4	耳穴	目穴外1.2寸（2个）	耳鸣，耳聋
5	口穴	鼻穴前0.5寸	牙痛，咽痛，扁桃体炎，解除疲乏
6	喉穴	口穴前0.2寸	发热，咽炎，扁桃体炎，感冒
7	再生	喉穴前0.3寸（横四线前0.2寸）	颅内，脊髓肿痛，镇痛及改善症状
8	心穴	正中线交横四线前1寸，为内外踝中点连线之中点	高血压，心衰，喉炎，舌炎，失眠，多梦，癔病，低血压，昏迷，神衰
9	三叉神经	足跟纵一线前1.5寸	三叉神经痛
10	胸穴	纵二线足跟前三寸	肋间神经痛、胸闷、胸痛
11	安眠	心穴前0.6寸	神衰，精神分裂症，癔病
12	癌根3	三叉神经前0.3寸	对食道上，中段及肺，颈，鼻，咽部肿瘤可镇痛，解痉，改善症状
13	坐阑胸穴	足跟纵三线前4寸内旁0.5寸	坐骨神经痛，阑尾炎，胸痛
14	哮脑穴	足跟正中线前5寸	哮喘大脑发育不全
15	12痢穴	足跟纵一线前5寸	痢疾，腹泻，十二指肠溃疡
16	癌根1	12痢内旁0.2寸	对胃，喷门，食道下段肿瘤有镇痛和改善症状效果
17	神癫穴	足跟纵二线前5寸	神衰，癫痫，神经官能症
18	足心－后隐珠	正中线与横三线交点后0.3寸	神衰，精神分裂症，癫痫，高热昏迷，高血压
19	痢泻宫	拇趾与二趾间后4寸	痢疾，腹泻，子宫炎
20	涌泉穴	足底中前部，足趾跖屈时呈凹陷中	癫痫，小儿抽搐，高血压，休克，头顶痛
21	前隐珠－肾上腺反射区	涌泉穴前0.4寸	（同后隐珠）
22	胃痉炎穴	前隐珠穴内旁一寸	胃肠炎，胃痉挛
23	肩荨	前隐珠外旁开二寸	肩痛，荨麻疹
24	膀胱	涌泉穴前1寸	尿潴留，遗尿，尿失禁
25	癌根2	膀胱内旁1.5寸前0.2寸	对脐以下的内脏肿瘤及淋巴转移癌，有镇痛，改善症状效果
26	内临泣	临泣穴掌面对应点	偏头痛，胁肋痛，目疾，耳鸣，耳聋，发热
27	生殖器	膀胱穴前0.3寸	月经不调，白带，睾丸炎，尿潴留
28	里陷谷	陷谷穴掌面对应点	急性胃痛，消化不良，精神分裂症
29	牙点	足底小趾横纹中点后1寸	牙痛
30	内侠溪	侠溪穴掌面对应点	（同里陷谷）
31	肛门	里陷谷前0.6寸（正中线趾间后一寸）	腹泻，便秘
32	内太冲（牙）穴	太冲穴掌面对应点（纵一线上）	睾丸炎，疝痛，功能性子宫出血，月经不调，带下症，痛经，胁肋痛，精神分裂症，肝炎，高血压，目疾，牙痛
33	尿点	小趾横纹中点	遗尿﹔尿频
34	里内庭	内庭穴掌面对应点	小儿惊风
35	独阴	二趾下横纹中点	疝气，月经不调，胎盘滞留
36	拇趾纹	拇趾下横纹中点	睾丸炎，疝痛
37	气喘1～5	足趾尖端	脚气，足趾麻木，闭塞性脉管炎
足内侧1	眩晕点	足内侧舟骨突起上方凹陷中	眩晕，头痛，高血压，腮腺炎，急性扁桃腺炎

续表

部位编号	穴　名	部位（由跟至趾方向，由中至内至外侧）	主　治
2	痛经1	内踝高点直下2寸	功能性子宫出血，月经不调，痛经，气管炎，哮喘
3	痛经2	足内侧舟骨粗隆下方凹陷中	痛经，功能性子宫出血，子宫附件炎
4	癫痫点	太白穴与公孙穴连线的中点	癫痫，癔病，神衰
5	全息系统：头	足跟内尾骨反射区拐弯处，系统的起始	头，眼，耳，鼻，口，牙，脑，腮腺疾病
	颈	本系统前半部的第一个六分之一界线上	颈，甲状腺，咽，气管上段，食道上段疾病
	上肢	本系统前半部的第二个六分之一界线上	肩，上肢，肘，手，腕，气管中段，食道中段疾病
	肺心	本系统前半部的第三个六分之一界线上	肺，心，胸，乳腺，气管下段，支气管，食道下段疾病，背部疾病
	肝	本系统前半部的第一个四分之一界线上	肝，胆疾病
	胃	本系统前半部的第二个四分之一界线上	胃，脾疾病
	十二指肠	本系统后半部的第一个六分之一界线上	十二指肠，胰，结肠右曲疾病
	肾	本系统后半部的第二个六分之一界线上	肾，小肠，结肠左曲疾病
	腰	本系统后半部的第三个六分之一界线上	腰椎，脐周，大小肠，输尿管疾病
	下腹	本系统后半部的第四个六分之一界线上	下腹，子宫，膀胱，直肠，阑尾疾病，卵巢（睾丸），阴道（前列腺），尿道，肛门，骶骨疾病
	腿穴	本系统后半部的第五个六分之一界线上	腿，膝关节，下肢疾病
	足穴	本系统的结尾	足，踝关节，趾疾病
足外侧1	坐骨神经	昆仑穴直上1寸	坐骨神经痛，头痛，腹痛
足背1	头痛点1	二趾第二趾间关节内侧赤白肉际处	头痛，中耳炎
	头痛点2	三趾第二趾间关节内侧赤白肉际处	头痛
	头痛点3	四趾第二趾间关节内侧赤白肉际处	头痛，低血压
2	扁桃1	位于第一跖趾关节内侧	扁桃体炎，流行性腮炎，湿疹寻麻疹
3	扁桃2	太冲穴与行间穴连线的中点	急性扁桃腺炎，流行性腮炎
4	腰痛点	第一跖骨小头外侧前方凹陷中	急性腰扭伤，腰痛
5	坐骨2	足临泣与地五会连线的中点	坐骨神经痛
6	落枕	三、四趾缝端后2寸	落枕
7	胃肠点	二、三趾缝端后3寸	慢性胃肠炎，胃及十二指肠溃疡
8	心痛点	解溪穴下2.5寸	心痛，心悸，哮喘，感冒
9	腰腿点	解溪下0.5寸两旁凹陷中（2个）	腰腿痛，下肢拘挛疼痛
	生物能系统		
10	右胰 左脾	姆趾甲根后0.1寸	可诊断胰内外分泌功能性疾病 脾经井穴隐白
11	关节	二趾内侧第二趾骨基底	骨关节代表点，可诊断有关疾病
12	结缔组织	三趾内侧第二趾骨基底	类纤维（结缔组织）退化代表点，用于诊断
13	皮肤	三趾外侧第二趾骨基底	全身皮肤代表点，用于诊断
14	脂肪	四趾内侧第二趾骨基底	全身器官及血管的脂肪退化代表点，用于诊断

二、现代足针治疗方法

（一）区穴的选配原则：

1．循经配穴法：经过经络测察，进行主病经，表里经，生克经，传变经的辨证选配。

2．按症状选区配穴：

（1）以主症确定区穴，如左侧偏头痛，可选：右内临泣，内侠溪，右头痛点1或2或3，全息系统头穴，反射区，内尾骨，头。

（2）对主治作用相同的区穴可以配合应用：如右侧坐骨神经痛，选取：右坐骨神经穴，坐骨2，坐阑胸穴，腰腿点。足全息腰点，反射区坐骨神经，内外坐骨神经，膝后。

（3）将具有主治作用的穴区和对应治疗的穴区配合使用：如失眠伴有头痛者，必选主症，失眠点，足心，心，癫痫点，反射区大脑，骨盆腔；同时选取：头痛点，头点，反射区内尾骨，全息头穴等。

3．按病位选区配穴：

如各种眼病：取双目穴，眼反射区，全息头穴。

各种耳病：取双耳穴，耳反射区及平衡器官，全息头穴。

各种鼻病：取鼻穴，反射区额窦，鼻，肺，全息区头，肺心穴。

依此类推。

4．根据脏象学说辨证选穴区：

如肝肾不足，肝阳上亢的眩晕，除取眩晕点外，还可取肝点，配用肾反射区以滋水涵木，并可加平衡器官反射区。

5．根据病因选取穴区：上述选择之后，还应按以下穴区选择：

（1）各类炎症：应选取反射区脾，淋巴腺，甲状旁腺，肾上腺，并加双足三里穴。

（2）发烧：选取反射区内外尾骨，垂体，肾上腺，脾，淋巴腺，甲状旁腺及各额窦。

（3）哮喘：选取反射区肾上腺，哮脑穴，全息肺。

（二）临床经验配穴区

序号	病　症	足　穴	全　息　穴	反　射　区
1	头痛	头，头痛点	头	拇趾上各区，腹腔神经丛，甲状腺
2	偏头痛	内临泣，内侠溪	头，肝胆	三叉神经，小脑，颈项，内尾骨，头，胆
3	头顶痛	内太冲，涌泉，再生	头，肝	肝，内尾骨
4	头晕	头，眩晕点	头，肝	脑垂体，平衡器官，耳，甲状腺，眼
5	失眠，神衰	足心，安眠，心，肾，神癫	头	脑垂体，心脏，肝，甲状腺
6	面神经麻痹	头，目，口，三叉神经	头	三叉神经，生殖腺，小脑
7	癫痫	前后隐珠，涌泉，心穴	头，肝	肾上腺，脑垂体，甲状腺，心，生殖腺
8	高热昏迷	前后隐珠，涌泉，内太冲，喉	头，肺心	淋巴腺，垂体，肾上腺，甲状旁腺，脾，头
9	小儿惊风	涌泉，内太冲，心穴	头，肝	拇趾上各区，心脏，肝
10	胃痛，呕吐	胃，里内庭，胃痉炎，里陷谷，公孙	胃脾	胃，大小肠，肝，上下身淋巴腺
11	肝胆病	内太冲，内临泣	肝胆	肝，胆，胰，上下身淋巴腺
12	胁痛	内太冲，内临泣，内侠溪	肝胆	肝，胆，胰，上下身淋巴腺
13	腹痛，腹泻	里陷谷，肛门，癫痫点	下腹	胃肠，淋巴腺

续表

序号	病症	足穴	全息穴	反射区
14	便秘	肛门	下腹	胰，直肠，肛门，甲状旁腺，脾
15	咽痛	咽，口，里内庭	颈	喉与气管，胸淋巴，扁桃体，颈项穴
16	梅核气	咽，内太冲，里内庭	头，颈	喉，肝，脾
17	咳喘	痛经1，哮脑，心痛点	肺心	肺，支气管，肾上腺，解溪，甲状腺，心脏
18	胸痛，胸闷	心，胸穴	肺心	肺，心，肾上腺，甲状旁腺
19	高血压	足心，涌泉，心，眩晕点	肺心，肾	肾，头，心，降血压区，脑垂体
20	低血压	心穴，头痛点3	肺心	肾，头，平衡器官，心，甲状腺，脑垂体
21	心绞痛	心穴，心痛点	肺心	心，小肠，脑垂体，甲状腺，腹腔神经丛
22	目赤肿痛	目，内太冲，内临泣	头，肝	肝，眼，甲状旁腺，头部，淋巴腺
23	急、慢性鼻炎	鼻	头，肺心	鼻，肺，副甲状腺，生殖器
24	牙痛	口，里内庭，内太冲，牙点	头，肝	上颚，下颚，消化系统
25	耳鸣和耳聋	耳，内侠溪，内临泣	头，肾	耳，平衡器官，头，甲状腺，腹腔神经丛
26	月经不调	内太冲，生殖器，独阴	下腹	脑垂体，甲状腺、甲状旁腺，放松腹部
27	痛经	痛经1、2	下腹	肾上腺，腹腔神经丛
28	乳腺炎	内临泣，内太冲，胃	肺心	胸部，胸部淋巴腺，输卵管
29	睾丸炎	生殖器，内太冲，拇趾纹	下腹	生殖腺，脑垂体，肾上腺
30	胎盘滞留	独阴	下腹	子宫，生殖腺，脑垂体
31	遗尿	膀胱，生殖器，心	肾，头	肾，前列腺或子宫，尿道
32	闭塞性脉管炎	气喘，八风	（相应穴位）肾	肾上腺，肾，脾
33	腰痛	腰痛点，腰腿点，坐骨神经	腰	腰椎，闪腰点

注：并不是上述所有穴区都要选取，实际上只要按区穴的选配原则，在足穴、全息穴、反射区穴中各选一个穴/区就可获得明显疗效。

第三节　方氏足象针简介

足象针也是方云鹏教授创立的，同样早有专著问世，本书仅作简要介绍。

手和足是同源、同功、同一个类型的全息元，只是由于劳动的结果，使人的手和足发生了分化，从临床来看，针刺或按压足部和手部每一个相同的遗传特征部位，它们的作用部位基本上是一致的，也就是说相似特征部位上所代表的脏腑和部位，大致上是相同的。如手伏象中大拇指代表的是人体下肢部位，而足的大拇趾也是代表的下肢反应部位。这样根据手象针中手伏象穴区部位，运用到足部相似特征的部位上，进而发现并证实了与手象针相似的三个人体缩形的反应区域，针刺或按摩足部这些“脏”、“象”部位或区域内的各个反应穴位，可以用来治疗全身各部的疾病，故名足象针。因足象针由手象针发展而成，所以三者穴位分布规律和定位上大同小异，如“足伏象”穴区与“手伏象”穴区相似，

“胫倒象”与“桡倒象”相似，“腓倒象”又与“尺倒象”相似，但手足的“脏”、“象”穴区之头部定位稍有区别：足针“胫倒象”头部位置是在足舟状骨与第一楔状骨近侧面1/2之上；而手针“桡倒象”的头部则是位于腕背面桡骨茎突之上。足针“腓倒象”穴区的头部位于骰骨之上；而手针“尺倒象”穴区的头部，则是在腕背面尺骨茎突之上。

由于足底胼胝较厚，故宜用26号1.5～2寸毫针针刺治疗，其取穴、配穴、操作方法及注意事项均与手象针相同，具体部位、穴区分布请参见方云鹏教授原著，此不赘述。

足象针亦可用全息治疗仪相应探头诊察和施治。

第四节　足　部　按　摩

一、基本原理

（一）反射原理：足部分布着密集的神经末梢，这些末梢在皮肤上构成触觉、温觉、压觉、痛觉等感受器，其传递信息的途径是通过反射弧来实现的。反射弧由五部分组成：

（1）足部感受器：接受按摩所形成的机械刺激，并形成神经冲动（兴奋）。

（2）传入神经：传导神经冲动入中枢。

（3）中枢神经：脊髓（低级中枢）、大脑（高级中枢）综合、分析和转换神经冲动，发出对有病脏腑的调理性指令。

（4）传出神经：将中枢神经对刺激的反应（指令）传出到达效应器。

（5）效应器：包括全身有关的脏腑、器官、肢节、皮毛，对中枢的指令产生效应。效应器作出的反应，就是反射性治疗作用。具体是哪部分效应器产生治疗作用，取决于足部哪个区域受到了按摩。

反射原理使足部表面与人体各部位相关的区域被有人任命为反射区，反射区有严格的区域和分布规律，又有人称之为“足底密码”。

（二）循环原理：心脏有节律的搏动使血液沿着密闭的管道昼夜不停地在全身循环往复，是机体内外物质交换和运输的重要通道。当任何一个脏腑器官机能异常或发生病变时，必然产生一些对人体有害的代谢物质进入循环通道。由于足部是远离心脏的部位，血压较低，血流缓慢，加之位置最低，地心引力也有影响，使进入循环的有害物质很容易在足部沉积，造成沉积部位皮肤组织出现异常现象，如皮肤颜色改变（紫色为瘀血，红色为炎症，青灰色为慢性消耗……）、皮肤皱褶形成或增多（脏器萎缩或功能减退），皮肤赘生物形成（鸡眼，疣）、皮下颗粒（大小不一、软硬不一、或实或囊），皮下索条硬结（良恶性肿瘤或气滞），这些都被称为病理反应物，阳性反应物。阳性反应物对局部神经末梢的刺激使局部皮肤产生自发性疼痛或对触压痛敏感。对足部的按压是一种直接作用于病理沉积物的机械刺激，它通过按摩推动微循环，促进局部血液循环使血流通畅而促成病理沉积物的脱落和经由排泄器官排出体外。阳性反应物的缩小和消失使足部有关反射区细胞恢复正常，通过全息反馈的规律促使原患病脏腑康复。因此，给患者按摩足部3～4次时就可看到尿色变黄、变稠，并且臭味加重。

（三）经络腧穴原理：两千多年前我们的祖先就已发现人体存在一个内联脏腑，外络肢节，贯穿上下，沟通表里，运行气血，营卫全身，处百病，决生死，调虚实的经络系统，它包括十二正经，奇经八脉，是沟通五脏六腑、四肢百骸、九窍皮毛的通路，同时也

是病理上传导病邪、治疗上发挥药物性能和感受针灸、按摩、气功、物理因子等刺激的通路。下列依据证明足部反射区与经络密切相关：

1. 解剖功能的一致：人体十二正经中有六条到达足部，奇经八脉中有四条到达足部，这十条直达足部的经络通过气血流注与另十条经脉相连，经脉在循行中多有交叉、交会，细小的分支有较多的交通，互相形成网络，从而形成足部与全身的整体性和统一性。在对足部的巨经络系统所属的38个穴位推拿按压中，以及微经络系统足针穴位的推拿按压中，能够形成有力的机械刺激通过经络到达相应脏腑，起到明显的治疗作用。足部巨针穴位和微针穴位中有不少治疗功效和足部反射区的解剖位置、功效相一致。所以足部治疗能实现“气至病所”。

2. 治疗中患者的感觉一致：按压足部反射区时会出现酸、麻、胀、痛的感觉，这与针刺“得气”时的感觉是一致的，往往痛觉越明显，说明病症与治疗的针对性也越强，治疗效果也越好。

3. 双向调节作用一致：按压足部反射区的效果是双向的，这与针灸作用也相同。两种治疗方法都是达到协调脏腑，平衡阴阳，固本培元，扶正祛邪。例如治疗心律失常，心动过速和心动过缓都能通过足部按摩得到趋向于正常心率的效果；尿量异常的患者，不论是遗尿，尿频，还是肾衰引起的少尿，尿闭，都可因类似的按摩方法而使尿量正常；再如失眠和多眠，本法都可使之好转。

（四）全息相关原理：

足作为一个全息元，与整体各脏腑器官全息相关。在全息治疗中，我们从实践中注意到有一个全息相关优化选择的规律，这就是：

1. 选择发育程度较高的全息元治疗效果好。针灸以肘下和膝下66穴作为要穴，是很有道理的。在人体全息元中，凡有骨骼或软骨的器官，是发育较高的全息元，例如头、面、眼眶、鼻、耳、手、足及背部的全息区诊断和治疗最准确有效。

2. 末梢优势的原则。末端器官神经末梢分布最丰富、最稠密，传入大脑的信息量最大，调整治疗效果也就最好。足部恰好符合这一原则。

3. 在全息结构中，局部体积和面积越大，包含信息量越大的原则。全息元与整体的关系越密切，对内脏病变的反应能力越强，治疗效果也会比较好。在各末端器官的比较中，足部自然属于首选。

（五）“内源性药物因子”相关原理：

外源性的化学药物，大多既有治疗作用，又有副作用。而气功、针灸、按摩等传统疗法使机体应激性产生的生物化学和生物物理改变，被称为“内源性药物因子”，由于这种因子是机体接受治疗信息自身调节产生的物质，不但对人体无害，更对外源性化学药物作用机理和作用范围达不到的方面，起到意想不到的作用和效果。在强化免疫功能，抗感染方面尤为突出。曾治验一位82岁患急性间质性肺炎的老人，患者经用青霉素注射近半个月未效，病情反而加重，用经络电刺激和足部按摩4次而愈。经络治疗403例患者病种的分布中，感染病例占32.5%，用机械和电刺激足部及其他穴区，达到个个显效或治愈。

各种抗生素都因其作用机理而使其作用范围有限。青霉素的抗菌作用是破坏细菌细胞壁粘肽（一种蛋白质）的合成，使新生细菌受到杀灭。因而青霉素对以粘肽为细胞壁主要成分的革兰氏阳性球菌在新生成时显示较强的杂菌功效，对已生成的革兰氏阳性球菌和以

磷脂为细胞壁主要成分的革兰氏阴性杆菌的作用就不大。老年性肺炎杂菌（其中以革兰氏阴性杆菌居多），感染的机率比革兰氏阳性球菌要多得多。因此青霉素在医生眼里是窄谱抗生素。内源性药物因子在抗感染方面种类则很多，实际上对人体巨经络系统、微经络系统，全息区的物理刺激可以调动和活跃人体的整个免疫系统，因此应该几乎能抵抗各种感染。

足部按摩通过四大系统调动人体各种机能的活跃和充分发挥自体调整作用，从而实现治本治标的效应。它们是：排泄系统——被重点反复按压后，体内有害的病理代谢产物得以迅速排出，是疾病获愈快的主要原因子一；免疫系统——面积大的脾脏，数量多的淋巴结及扁桃体，使免疫功能较快提高；内分泌系统——种类全、面积大，有效的刺激使这些在代谢、生长发育和生殖方面能产生重大影响的腺体分泌激素，促使难治之症得以康复；神经系统——其特点也在于种类全、面积大，从而对精神神经性疾病及功能性疾病常有意想不到的效果。

（六）心理情志作用：中医认为，七情过之则伤脏腑：“怒伤肝、喜伤心、思伤脾、忧伤肺、恐伤肾”。人的心理情志因素影响人大脑皮层的活动，舒畅愉快的心情使患病的脏腑得到康复调理。紧张愁怒的心情则会使大脑皮层负担过重以至于功能失调，造成相关脏腑患病。人体神经系统有脑脊神经（支配人的眼、耳、鼻、舌、身、意，与现在意识有关）和植物神经（支配人的心脏、胃肠、支气管、腺体等内脏器官，与潜在意识有关）。植物神经分为交感神经与副交感神经两种，两者的作用相反，功能是相对抗的。当这两种神经处于相对应的状态时，人身体容易接受暗示。在足部按摩过程中，按摩师体贴关心的语言和认真负责的态度不但使患者有安全感，而且很容易通过形声给患者以积极的暗示，使患者产生能治愈疾病的信心。这种促进疾病治愈的暗示心理，实际上是一种有效的治疗方法。

二、适用范围

本法适用于任何年龄段的男、女性。

（一）自我保健

适合于世界卫生组织统计的占“健康人”总数94％的半健康者和完全健康者。经常施以足部按摩可以调整机体机能、提高抗病素质，达到预防保健的目的。

（二）疑症判断

对于身体不适但又无法弄清病位，体质差并有多脏腑病变者，可通过足部无痛与有痛诊断，查出病位，判断病情程度。

（三）康复调理与治疗

陈中干先生说：“全世界足底按摩病人来源大部分是西医长期看不好的，我们一治疗就见效。”这说明：（1）本法确实有效；（2）本法有局限性，中、西医治疗中患者不用本法，而在术后或中、西医未效时，本法却发挥了作用。这是足底按摩疗法在康复治疗中常处的位置。

1．疗效迅速可靠的病种

（1）各种感染：

发烧，感冒，上呼吸道感染（如急性咽炎、喉炎、扁桃体炎、支气管炎、鼻炎），急性胃肠炎，急性泌尿道感染，急性乳腺炎等。

（2）各种疼痛：

各脏腑疼痛，牙痛，三叉神经痛，血管神经性头痛，胃痉挛，急性腰痛，外伤性疼痛，尤其是对止痛药已成瘾的疼痛。

（3）神经系统疾病：

失眠、神衰、嗜眠。

（4）软组织损伤、落枕、腰肌劳损、晕车。

（5）痔疮、肛裂、便血、手足"抽筋"。

（6）妇女痛经、产后恶露不净。

以上疗法，疗效快速明显，轻者一次可愈，重者一次可见显效，数次而愈。

2. 疗效较好，须坚持按摩的慢性病：

（1）慢性感染：老慢支、鼻炎、胆囊炎、附件炎、老年性肺炎等。

（2）骨关节病：颈椎病、肩周炎、网球肘、关节炎、脊椎骨质增生。

（3）妇科：崩漏，继发性闭经。

（4）神经系统：坐骨神经痛、美尼尔氏症、顽固性失眠。

（5）其他：高血压、低血压、过敏性哮喘、前列腺肥大、胆、肾结石。

上述病症易复发，病情顽固，若能坚持数个疗程，多有良效。

3. 常用医疗法不易治愈的疾病：

（1）心脑血管病：各种冠心病，脑动脉硬化供血不足。

（2）消化系统：肝硬化，腹水。

（3）内分泌系统：糖尿病，更年期综合征。

（4）五官：近视、视疲劳、老花眼、复视、慢性鼻炎。

（5）泌尿生殖系：慢性肾炎、肾功能衰竭、卵巢囊肿、子宫内膜异位症、宫颈炎、输卵管炎性阻塞。

（6）部分肿瘤：子宫肌瘤，乳腺纤维瘤及增生，鼻咽癌，肺癌。

上述疾病是中西医临床难题，疗效极不稳定，费力费时，若采用足部按摩坚持若干疗程，常可收到意外的效果。

4. 以下情况使保健治疗效果会更好：病程短，生活规律，性情开朗，较少食用刺激性食物，平时用药少，不酗酒，不嗜烟。

5. 以下情况应用本法要慎重，以西医治疗为主，由有经验的按摩师进行：

（1）各种出血性疾病，或有出血倾向的造血系统疾病，如脑出血急性期、鼻衄、胃出血、宫外孕出血、血小板减少性紫癜，施术不当可使血循环加快，造成危险。

（2）肺结核活动期，卫生部规定的甲、乙类传染病的传染期，如鼠疫、霍乱、肝炎、痢疾、伤寒和副伤寒等。

（3）急性心肌梗塞病情不稳定时。

（4）肝癌，因血循环丰富，按摩会引起转移。

（5）外科手术适应者，严重外伤或烧伤急救中。

（6）足部有骨折可能，皮肤有感染。

三、处方原则

足部按摩反射区因其功能不同而分为三种：基本反射区、直接反射区、关联反射区

(参见图 24－6～24－10)。

反射区名称:(见下表)

(一) 基本反射区

意义:增强排泄功能,把毒素和代谢产物排出去。是最重要的反射区,在每个病例的每次足部按摩的开始和结束都必须做。

反射区名称:肾、输尿管、膀胱、肺。

(二) 直接反射区

意义:是主诉中主要症状所在的部位。

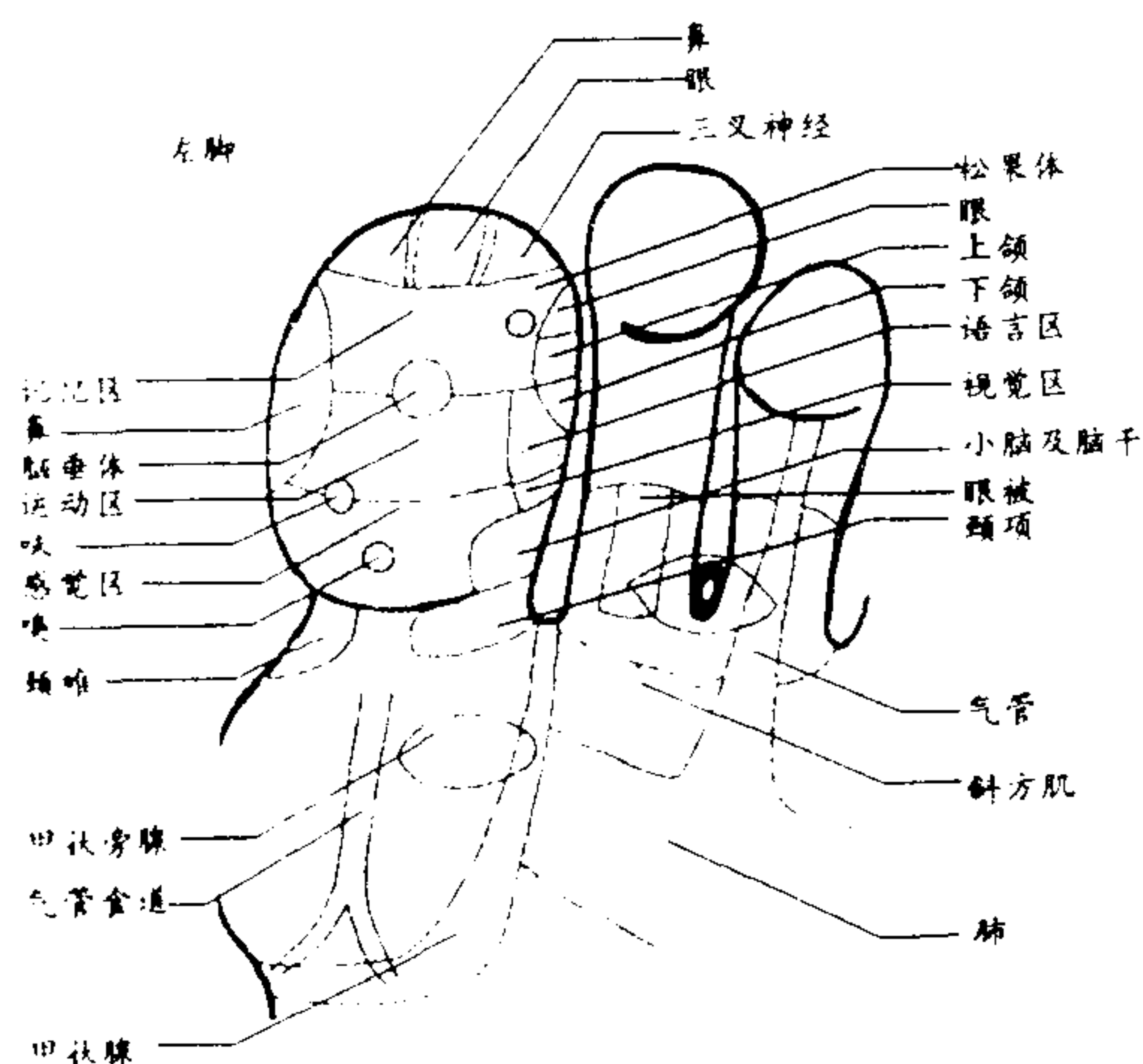


图 24－6 新反射区

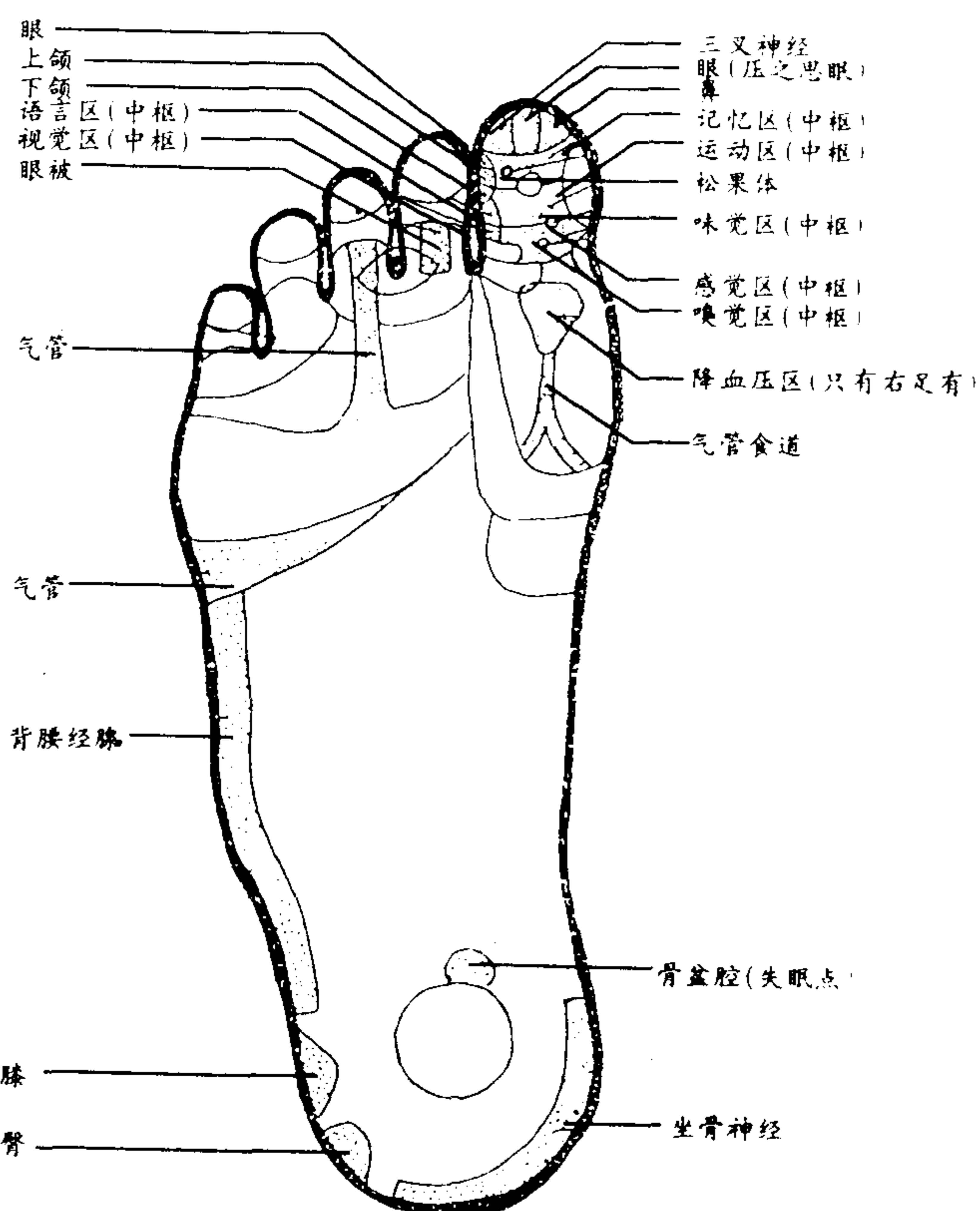


图 24－7 右足

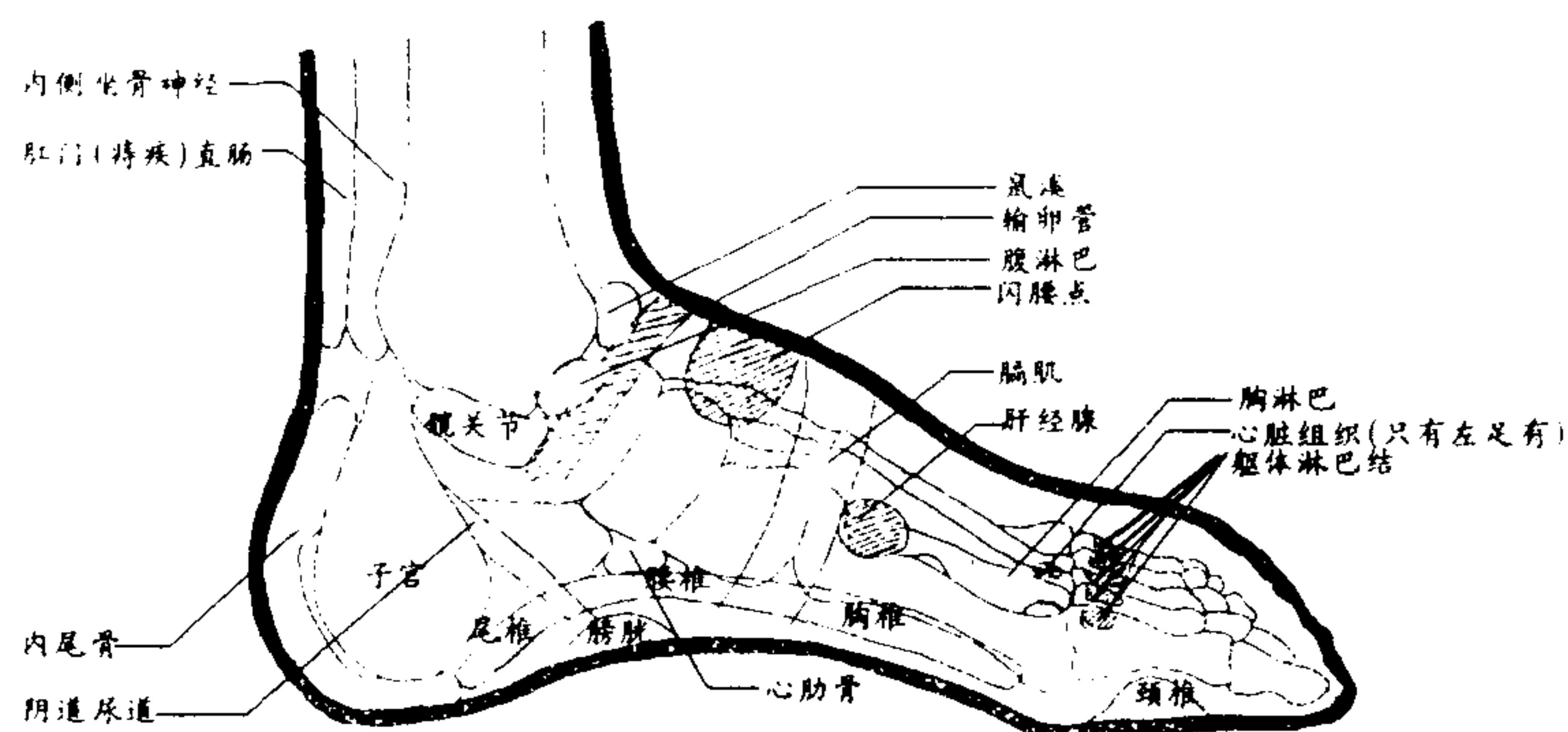


图 24－8 脚内侧

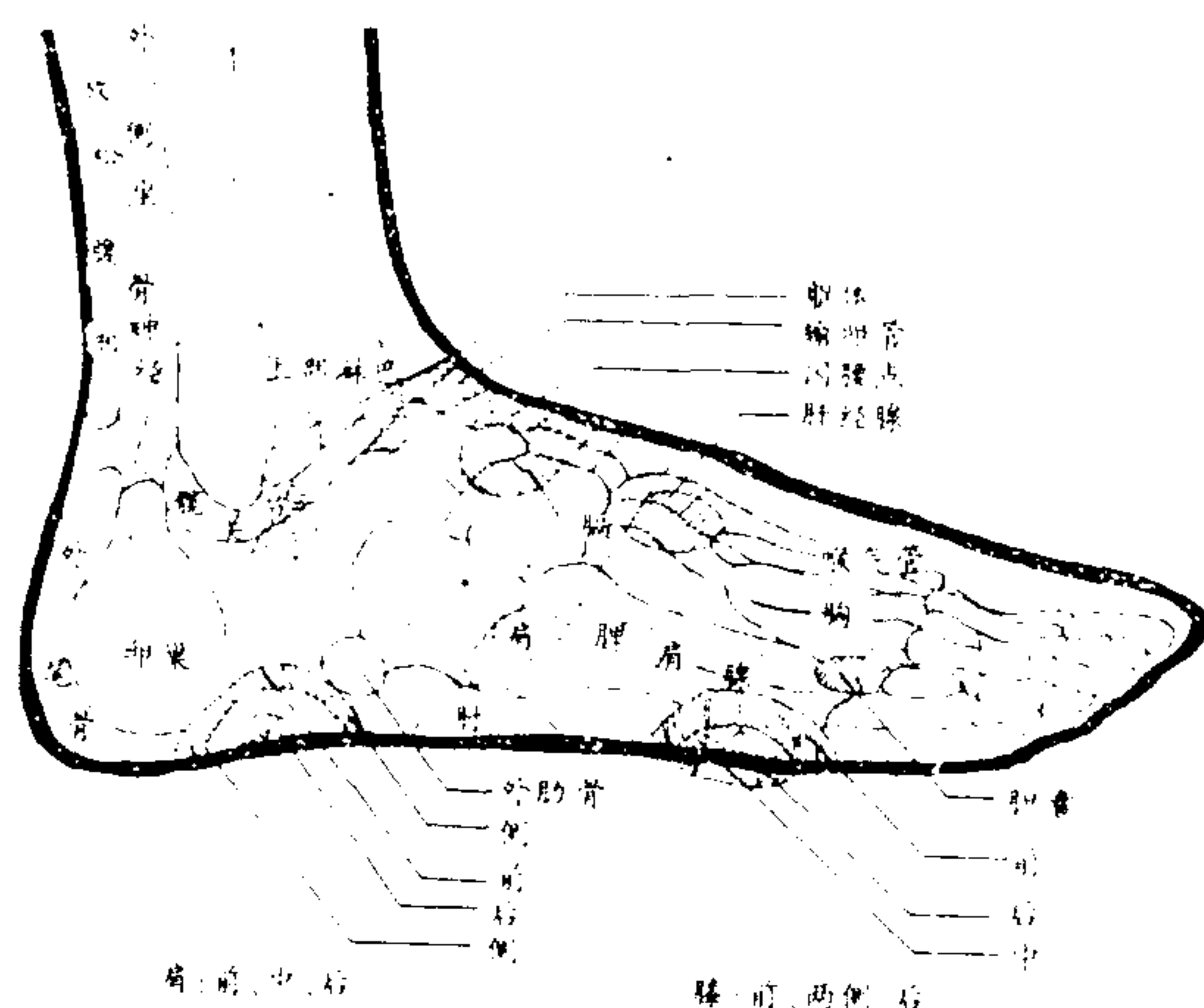


图 24－9 脚外侧

主诉症候及病症	直接反射区名称
头痛、失眠、神衰、眩晕、癫痫、癔病、精神病、脑动脉硬化	大脑、小脑、额窦、松果体
神经性头痛、面瘫、三叉神经痛、面肌痉挛	三叉神经、额窦
内分泌失调、垂体瘤	脑垂体
额窦炎、上颌窦炎、筛窦炎	额窦
鼻炎、鼻息肉、鼻肥厚、鼻过敏	鼻
扁桃体炎	扁桃体
牙龈炎、牙痛、根周炎	上、下腭，牙区
耳性晕眩、外耳道炎、中耳病变	耳、内耳迷路
咽喉炎、声带水肿	喉与气管
近视、老花眼、视网膜/黄斑病变	眼、眼被
皮肤病变、美容	肺、大肠
颈椎病、胸椎病、腰椎病、关节炎及关节痛	颈椎、颈部、胸椎……所有相应的骨关节区
落枕、背部筋膜炎、背上方疼痛	斜方肌
感冒、上呼吸道感染、肺部病变	肺、支气管
甲状腺病变	甲状腺
缺钙、软骨病	副甲状腺
糖尿病	胰腺（左）、内侧坐骨神经
肾上腺皮质瘤、嗜酪细胞瘤	肾上腺
卵巢囊肿	卵巢
前列腺炎、前列腺肥大	前列腺
不孕症	男：睾丸、前列腺、阴茎 女：卵巢、子宫、阴道、输卵管
胃、十二指肠的炎症、溃疡、疼痛	胃、十二指肠
小肠病变	小肠、心
结肠炎、克隆氏病、阑尾炎	结肠、阑尾、盲肠
肝区疼痛、胆囊炎、胆石症	肝、胆
胰腺炎、吸收不良综合征、脐周痛	胰腺（左）、小肠
冠心病、后天性心脏病、高（低）血压	心、小肠
肾脏病变如：肾炎、肾功能衰竭、肾病综合征、肾结石	肾

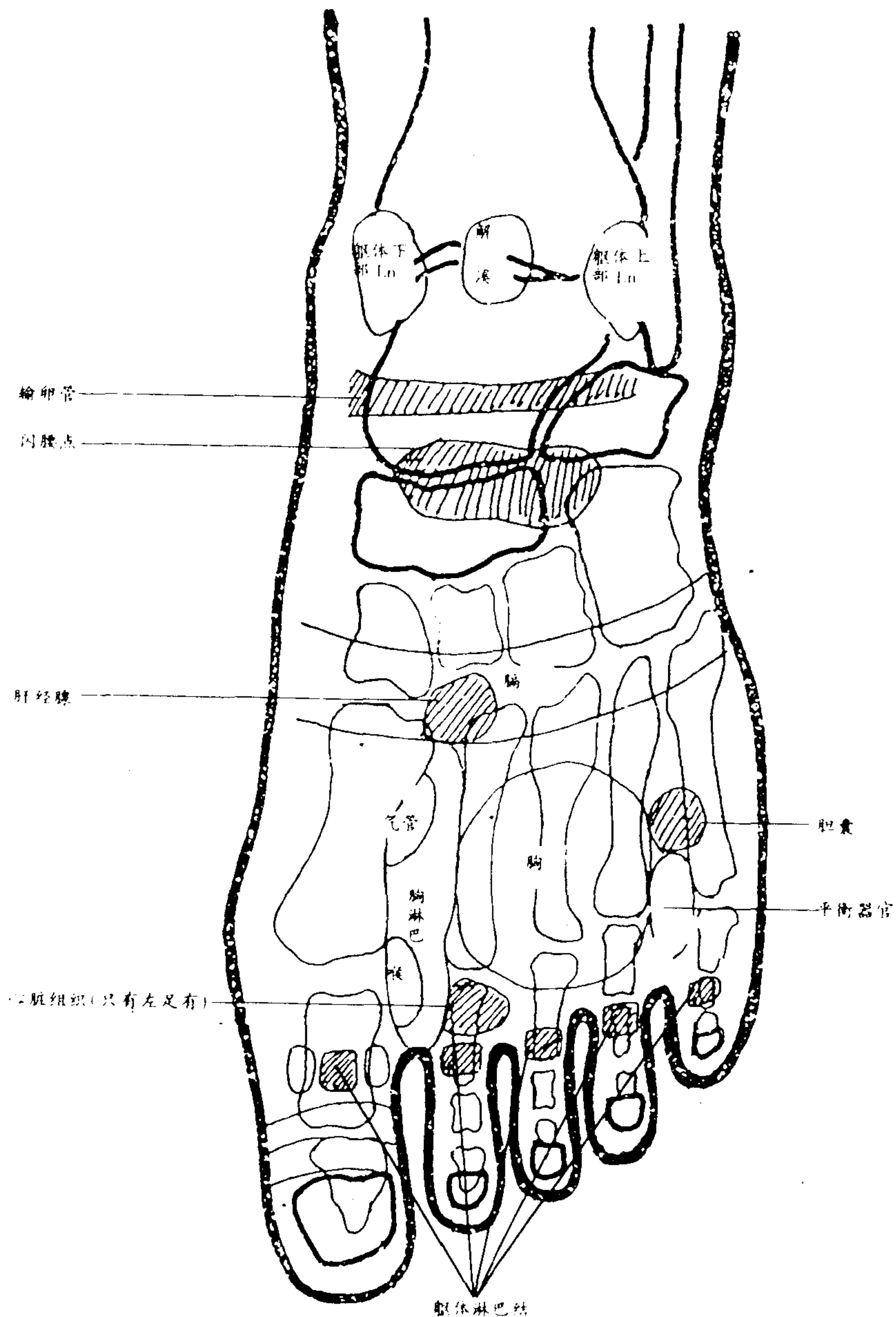


图 24－10　脚背

（三）关联反射区

意义：是与病因有关的反射区。选择得越准确，治疗效果越明显。注意在选择时把丰富的医学知识和临床经验结合起来。

反射区分类：

1．症状关联反射区：与症状有关的病因性反射区，例如：各种疼痛—如牙痛的直接反射区是上、下腭，而症状关联反射区是脑干，因为脑干中的网状结构与疼痛传入大脑使人感知有关，另一个症状关联反射区是大脑，大脑经过按摩使内啡肽分泌增多，有明显镇

痛作用。各种炎症--如支气管炎的直接反射区是支气管，症状（咳咳、发烧）关联反射区主要是胸部淋巴结和上身淋巴结，因为淋巴结是免疫的重要器官，可以治疗感染。各种神经症状一如失眠、神衰，直接反射区是大脑，症状关联反射区却是太阳神经丛，因为太阳神经丛是副交感神经的总闸门，副交感神经兴奋可使人的心情平稳和安静，使交感神经与副交感神经易趋于平稳，神经精神症状易于消除。多种因素引起的头痛一直接反射区是大脑、小脑、症状关联反射区的选择办法就是找出引起头痛的根源，找到之后就在病因反射区上治疗，例如可以因眼、耳、鼻、咽喉、牙等五官病变引起，可以因为分泌，消化系统疾病引起，也可以由呼吸道病变引起，注意在有痛与无痛诊断中寻找敏感异常、剧痛的反射区。

2. 解剖关联反射区：与直接反射区有解剖关系的反射区。例如：失眠与大脑、小脑之外的头部其他反射区一额窦、三叉神经、颈椎有关；胃部疾病与上消化道及小肠、横膈、太阳神经丛有关；胆囊病变与肝、十二指肠有关；肝病与胆、胰、眼有关；神经系统疾病与太阳神经丛、坐骨神经有关；眼部疾病与头、肝有关；耳部疾病与扁桃腺（腮腺）有关；鼻部疾病与呼吸道各器官有关；心脏病与肺、甲状腺、胸椎、横膈有关；呼吸道疾病与胸有关；肾脏病与输尿管、膀胱有关；甲状腺疾病与脑垂体、肾上腺有关子宫疾病与卵巢、骨盆腔、尾骨、骶骨、输卵管、放松腹部有关；感冒与呼吸道各器官有关；骨关节病与相邻的骨与肌肉有关……等等。

3. 脏腑关联反射区：根据中医理论，阴阳五行、脏腑表里关系来选配相关的反射区。

选区原则，至多用到三个反射区：

（1）虚则补其母，实则泻其子，扶弱抑强。

例1：心肌梗塞，虚证，脏腑辨证处方：

方案一：补心，泻小肠，对一例反复发作重症心梗患者治疗，疗效颇佳。

方案二：上方2～3年效减，改为补肝（肝为心之母）、泻胃（脾为心之子，脾与胃相表里），于是疗效又显著起来。

（2）五行生克，实则助克我者，虚则相反。

例1：心肌梗塞。

方案三：在实行上述方案二的同时，加上泻肾（使克心者减弱），症状改善会非常明显

例2：脾胃不和所致脾胃功能低下。

方案：泻肝，补胃，平补平泻脾。经疏泻肝火而致脾胃功能恢复正常。

例3：上感，鼻不通气。

方案：泻鼻，补大肠，鼻通气显著，上感康复迅速。

（3）时辰取穴：根据脏腑气血流注的时辰，何时犯病，按时辰治其脏腑。

例1：某患者食欲不振，每天夜1:00～3:00之间腹痛，按时辰可知是肝痛，于是白天治疗时加强泻肝，症状很快缓解。

例2：某脑血栓形成后遗症患者，每晚9:00，瘫侧下肢抽搐，按时辰可知是心包经有问题，经与患者交谈，得知其在家中养病时，经常与儿媳妇生气，于是一方面给其家属做工作，另一方面在处方中加入泻心，患者下肢抽搐很快消失。

例3：某肾病患者，每午11:00～13:00出现胸背隐痛，按时辰可因心脏引起，于是

在足部按摩中加入泻心，肾病好转很快。

4. 根据疾病性质选择相关反射区：

(1) 感染性疾病、肿瘤或有些慢性病，都需要增强免疫系统的功能，促进抗肿瘤康复能力和内分泌系统、免疫器官的活跃，因此应选择：

①免疫系统反射区：淋巴腺（躯体上部、胸部、下部）、脾、扁桃腺、腹股沟（鼠溪）；

②内分泌系统反射区：甲状旁腺，必要时加肾上腺，有抗感染、抗毒素、抗过敏和抗休克之功效。

③双足三里：点穴按压，可大大提高细胞免疫功能。

(2) 顽固性的过敏性疾病：注意必选肾上腺，甲状旁腺，加上耳部过敏区和直接反射区。

5. 上下肢关联反射区：

在足部反射区图上缺乏从膝到趾，从肘到指的外周部分，此时可应用手足相关法治疗。

四、操作常规

(一) 按摩膏的使用

使用按摩膏的目的是同时既保护按摩者的手，又保护被按摩者的足，使摩擦力相对减少，但为了保持按摩的力度，每次不可涂太多。

1. 白凡士林：是医药配制软膏的基质，比黄凡士林性软，按摩后易洗净。用于保健治疗皮肤较干燥的人和没有脚病的人。

2. 1%氯霉素霜：用于足部有细菌感染的人。

3. 2%咪康唑霜：用于患足癣的人。

4. 2%尿素霜：用于足部皲裂的人。

5. 按摩乳：可用于任何情况。

(二) 体位：

1. 受术者取坐位、半卧位或仰卧位，操作者若右手为主手，则左侧离受术者较近，或相反，这样便于准确识别反射区和施力方便。

2. 受术者全身放松，松开领口、腰带，以使治疗中经脉不受机械压阻，易于畅通。

(三) 操作时间与疗程：

1. 时间：双足推拿完毕一般需45分钟，每次每一反射区按压三次，所有反射区通做一遍，对重点反射区则按压三的倍数，如：6次、9次、12次……病情越重，次数要越多，但总时间不超过45分钟。病情严重者，时间不可过长，按压的反射区数目也根据情况减少，一般可在20～45分钟之间。

2. 疗程：每日或隔日一次，在疗程初始时不可间隔时间太长。慢性病或康复病人可以每周2～3次。每个疗程7～10次，疗程之间不用间歇。

(四) 操作顺序：

1. 首次就诊，必须先检查其心脏，当发现心脏有严重的病症时，应减轻力度和缩短操作时间。而每个疗程的开始都需重新检查心脏状况，以便确定本疗程手法的轻重和观察病情。

2．先左足，后右足。

3．从足底开始→足内侧→足外侧→足背，并按顺序号全面按压。

4．可以在依上述顺序进行时，将重点反射区加强力度或增加次数按压，也可以在每区只按三下全面按压，然后再重点加强基本反射区、直接反射区、关联反射区。

5．在每次保健或治疗开始和结束时，对肾、输尿管、膀胱、肺都要按压至少三遍。

（五）手足的防护

1．被按摩者脚的处理：

（1）按摩前或头天晚上，应用热水泡脚。有厚茧的足，用大半盆热水加一大勺粗盐，双足浸泡15～20分钟，第二天来诊所按摩，脚就有反应了，不要用刀把硬茧割掉。

（2）推拿中要保持室温，不可使风直吹足部。

（3）推拿毕，不可用冷水洗脚，应用手纸擦去油脂，穿上袜子保暖，晚上睡前洗净油脂并用热水泡脚15分钟。

2．操作者手的保护

（1）泡手中药方：为保护双手，每个月应用中药泡手20～30分钟。中药处方：

木瓜9克　苏木9克　生地9克

泽兰9克　红花9克　归尾9克

细辛6克　骨碎补9克　鲜姜一块

每次一包，一月一次，一次泡20～30分钟。

（2）每次按摩后，操作者不可马上用冷水洗手，要休息几分钟后用温水冲洗干净。

五、推拿手法

足部按摩的手法与推拿疗法相同。主要特点是以多种点压手法在反射区上施以压、揉、搓、叩、捏、握、勾、旋等不同性质的机械力，刺激脏腑的全息相关穴区，兴奋神经末梢感受器，借以推动经络传导，促进血液循环，产生内源性药物因子，构成良性心理状态。

（一）手法的着力点、力度和节奏：

1．着力点：指操作者的手接触反射区时，手的姿势和触及部位，它取决于反射区的大小及需要力度的大小。

2．力度：用有痛诊断中所述平均力度，并根据足部不同反射区表皮角化层的厚薄、患者病情的缓急、患者对痛觉的敏感程度来进行调整。在同一反射区内要均匀。

3．节奏：必须均匀适度，快或慢取决于患者的疾病或耐受程度。

手法与节奏要求：

要求	手法轻、节奏慢	手法重、节奏快
因人	儿童、老人、体弱多病者	中、青年、体质强，足部皮肤厚硬者
因病	器质性疾病要从轻、从慢开始	一般功能性病症

（二）手法的种类和要领

手法①单食指扣拳法：以食指第一、二指关节弯曲扣紧，其余四指握拳，以中指及拇指为基垫于食指第一关节处固定之。着力点：于食指第一指间关节处。施力处：为肘、手腕、拳头。适用反射区：脑、额窦、眼、耳、斜方肌、肺、胃、十二指肠、胰脏、肝脏、

胆囊、肾上腺、肾、输尿管、膀胱、腹腔、神经丛、大肠、心脏、脾脏、性腺。

此手法在推拿中称为压法，使用食指第一指间关节进行点压或压推。此手法用得最多。在膀胱区，此手法以拇指尖作为支点，食指第一指间关节作为着力点，进行180°～360°的旋转、压揉，推拿术称之为旋法。

手法②拇指推掌法：以拇指与四指分开约60°（视反射区而定）。着力点：于拇指指腹处。施力处：为手腕、手掌。适用反射区：横膈膜，肩胛骨，内外侧肋骨。

此手法在推拿中称为搓法，用拇指指腹从上至下或相反方向搓、推、压。

手法③扣指法：以拇指与四指分开成圆弧状、四指为固定点。着力点：于拇指指尖。施力处：为拇指短展肌、手掌。适用反射区：小脑、三叉神经、鼻、颈、扁桃腺、上腭、下腭。

推拿术称此手法为揉法（当在原处进行揉压时）或搓法（当需沿一个方向搓压时）。

手法④捏指法：以拇指伸直与四指分开固定。着力点：于拇指指腹。施力处：为拇指短展肌、手掌。适用反射区：股关节、髋关节、鼠溪。

推拿术中此手法为捏法（食指固定于反射区背面，拇指捏住反射区揉压）或握法（拇指固定于反射区背面，其他四指抓握在反射区上压推，如当按摩平衡器官、胸淋巴、喉与支气管等反射区时）。

手法⑤双指钳法：以食指、中指弯曲成钳状。着力点，为食指第一节指骨内侧。施力处：以拇指指腹辅助加压。适用反射区：副甲状腺、颈椎。

推拿术中，此法称为钩法（食指、中指弯曲成钩样，相对的内侧一个是固定点，一个是钩压点）。

手法⑥握足扣指法：以食指第一、二节弯曲、四指握拳如手法①单食指扣拳，另一手拇指伸入食指中。着力点：为食指第二指关节。施力处：为握拳之手腕，另一手拇指为辅助，四指为握足之固定点。适用反射区：肾上腺、肾脏。

推拿术中此手法为压法之一种，当需要点压或划压一个比较深的部位时，需要左手的帮助以增加右食指第一、二指间关节的力度，则用此法。

手法⑦单食指钩掌法：以食指、拇指张开，其余三指成拳状。着力点：为食指内侧指力，拇指固定。施力处：为其余三指作辅助手掌。适用反射区：甲状腺，内耳迷路，胸部淋巴腺、喉头（气管）、内尾骨、外尾骨。

推拿术中，此手法为侧压法。

手法⑧拇食指扣拳法：以双手拇、食指张开，食指第一、二节弯曲，另三指握拳。着力点：为食指第一指关节处。施力处：为手腕、拇指固定为辅助点。适用反射区：上身淋巴腺、下身淋巴腺、横膈。

推拿术中，此手法为侧压法（上、下身淋巴腺）、或为刮法（横膈）。

手法⑨双掌握推法：以主手（施力手）四指与拇指张开，拇指之指腹着力点，四指扣紧，辅助之手紧握脚掌，主手以施力方向顺手上推。着力点：主手大拇指之指腹。施力处：手腕、手掌。适用反射区：卵巢（睾丸），下腹部，子宫（前列腺），尿道，直肠，内外侧坐骨神经，胸，腰，骶椎。

推拿术中，此手法为搓法，左手握足前部，右手拇指指腹搓推。

手法⑩双指拳法：以手握拳，中指、食指弯曲，均以第一指关节凸出，拇指与其余二

指握掌固定。着力点：为中指、食指之凸出关节。施力处：手腕。适用反射区：小肠，横结肠，降结肠、直肠。

推拿术中，此手法为扣法，在小肠区使用，利用食、中、无名指的第一指间关节和掌指关节作为叩击点，用腕部上下活动作点条状叩击，每次压入后迅速弹出并重复，使足部抖动起来。

手法⑪双拇指扣掌法：以双手张开成掌，拇指与四指分开，两拇指相互重叠。着力点：为拇指重叠处之指腹，并以四指紧扣脚掌，压推。施力处：为手腕及中一拇指复于其上。适用反射区：肩，手肘，子宫，前列腺，肩胛肩腺。

推拿术中，此手法为双手搓法或推法，操作者双手拇指压在穴道上，以其余八指握住足部，拇指搓推。

手法⑫推掌加压法：以单手拇指与四指分开，另一只手掌加压其拇指上。着力点：拇指指腹，四指为其支点。施力处：为另一手掌施加压力以辅助拇指力之不足。适用反射区：背椎、腰椎、骶骨及尾骨。内外侧坐骨神经，尿道。

推拿术中，此手法为搓推法。

（三）手法的方向

1. 按照常规方向按压：主要是用来进行保健和无病理阳性物的脏腑反射区。

2. 按照补泻方向按压：此点常用。用此手法，首先要辨虚实，根据虚实决定补泻。补泻手法要求如下：

	补　法	泻　法	补泻兼顾
方向	足底：由跟向趾推压 小腿：由下向上推向膝关节多顺时针，或与生理方向一致	足底：由趾向跟推压 小腿：由上向下推向踝关节多逆时针，或与生理方向相反	以实为主时，主泻辅补；以虚为主时，主补辅泻
力度与节奏	多用温和的轻手法缓慢地，慎重地，从轻到重，柔和地进行	用力度较大的强刺激手法快速的，流畅地，从重到轻用力地进行	兼用两种手法或采用两者之间的力量和节奏
持续时间	按压时间较短	按压时间较长	
病人的感觉	按压至痛与不痛之间	可以按压较痛，尤其是高烧、疼痛、失眠、感染性疾病，要在短时间内有效就必须达到泻量	

3. 按照反射区对应的脏腑生理功能方向：如消化系统的方向顺序是食道、胃、十二指肠、小肠、升、横、降结肠、乙状结肠、直肠、肛门；泌尿系统顺序则是肾、输尿管、膀胱；脊柱是颈椎、胸椎、腰椎、骶尾椎等，不可以逆生理功能方向推压。

4. 面积很小的反射区，无明显方向，则进行定点按压或旋转按压，如脑垂体、肾上腺、膀胱、性腺（足底）、盲肠和阑尾、回盲瓣、腹股沟、上下身淋巴。

六、解剖生理系统对应反射区析解

（一）与运动系统有关的反射区：23个（按统一号及足底、内侧、外侧、足面顺序排列）

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
11 足底	19	斜方肌	面积大，包括颈后，两肩内三分之二，上背部	代表同侧，基本与人体相对应	根据病痛，如颈椎病除按统一号 7、53 外，还应按斜方肌内侧区，落枕，颈背部筋膜炎等是必取的区域
38 内侧	41	关节（股关节）	全身最大的关节，连接躯干和下肢，45 岁以后股骨颈易骨折；年轻人易因用药不当而股骨头无菌坏死，或因感染而坏死；可有骨性关节炎或风湿	代表同侧，环绕内踝和外踝，本次更改使本区比以前略小	按摩后，对于髋关节、髋部软组织、耻骨区、股骨几部分病变均有效
外侧	52				
49 内侧	40	腹股沟（鼠溪）	是大腿前及内侧与下腹部交界的沟，由髂前上棘至耻骨联合（鼠溪指大腿内侧与会阴部交界的区域）	代表同侧，本次更正的部位与以前有明显区别	按摩可治疗下腹部、会阴部、男科、妇科等病变

注：

①凡一个反射区有两个名称者，少用名称放括号内。

②解剖生理及临床提示的目的是使选区配穴时能从理解角度进行，疗效会更好，而不是说反射区绝对完全地能实现其对应脏腑的全部生理功能。

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
53 内侧	32	颈椎	共有 7 节，指椎体及颈椎韧带	基本代表对侧，由远端向近端排列 $C_{1\to7}$	注意总结排列方向；
7 足底	10	颈项	可能指颈外肌	基本代表对侧由内侧向外侧排列为上颈部、中颈部、下颈部	注意总结颈内外病变区别。目前新主张与脊柱（胸、腰、骶尾）一起贯通按摩
54 内侧	33	胸椎（背椎）	共有椎骨 12 节，两侧有足太阳经俞穴，对应有关脏腑。基本解剖是：椎骨、椎间骨、附件（椎弓根、椎小关节、棘突），韧带	代表同侧 由前向后依次排列 12 节（T_{1-12}）	①颈椎病于颈椎与胸椎交界处可有剧烈压痛 ②可治疗胸椎局部病变（依序） ③可治疗足太阳经俞穴对应脏腑病变：肺、心、膈、胰、肝、胆、脾、胃，注意对应区
55 内侧	34	腰椎	共有椎骨 5 节，两侧有足太阳经俞穴，对应有关脏腑（基本解剖同上）	代表同侧 由中向后依次排列 5 节（L_{1-5}）	①任何腰部病变（骨、椎间盘、韧带、肌肉、椎管、神经）都需按摩此处 ②可治疗足太阳经俞穴对应脏腑病变：三焦、肾、大肠、以及痔疮、痛经、腹胀、便秘、泄泻、小便频数或不利、遗尿等症
内侧	自编 26 号（新区）	闪腰点	一般指急性腰肌扭伤或急性腰肌劳损	面积大，位于冲阳穴周围，代表同侧	急性腰扭伤时才按摩

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
56 内侧	35	骶骨和尾骨	骶椎共有 5 节连成一块尾椎共有 3 节或 5 节，骶椎两侧有足太阳经俞穴，对应有关脏腑	(S_{1-5}) (C_{o1-3}，或$_{1-5}$) 都代表同侧	①可治疗局部病变 ②可治疗足太阳经俞穴对应的脏腑病变：小肠、膀胱以及泄泻、疝气、遗尿、遗精、月经不调、白带等症
57 内侧	36	内尾骨	西医无此解剖名称	位于全息穴位的“头部”，代表同侧	止全头痛有明显效果
外侧	自编号 20 号 （新区）	背腰经腺	指背→腰骶的骨与肌肉	代表同侧贯足外缘的中段	可试治腰背病变及足太阳经俞穴病变和督脉病变
61 内侧	38	肋骨	共 12 条，第 1～10 肋围成栅状，第 11、12 肋为浮肋	代表同侧，在浅凹处	与肋骨，胸部，肋膜炎等病变有关
10 外侧	44	肩	包括肩关节及肩部肌肉，韧带	最新部位分为肩前（足背）、中（足边缘）、后（足底），代表同侧	三部分都由前向后压，对治疗肩周炎有奇效。
35 外侧	46	膝	包括膝关节和膝部软组织	最新部位分为膝前部、后部、两个侧部，面积大，易区分，代表同侧	按摩部位注意与膝部病痛相对应，治腰痛可以按摩后膝部而取得奇效，究其原因，请看六大部位取穴口诀：肚腹三里留，腰背委中求，少腹三阴交，心胸内关谋，头项后溪取，面口合谷收。委中穴正居膝后腘窝横纹中央，所以膝后可治疗腰背病变及腹痛，吐泻，遗尿，小便不利，丹毒等病症
足底	自编 21 号 （新区）	膝	同上	位于足底后跟外侧边缘，代表同侧	
58 外侧	47	外尾骨	据说此处对应于人体的尾骨	位于跟腱及足后跟的外侧	可治疗尾骨创伤
足底	自编 22 号 （新区）	臀		位于足底后跟外侧边缘代表同侧	可治疗臀及下腰部病变，包括梨状肌综合症
59 外侧	49	肩胛肩腺	西医无此名称。	长，头分叉，多数病人压之舒服 代表同侧	作用不明，从字面理解，可治疗肩胛骨，肩胛区，肩部，上背部病变，并有分泌（?）功能，在实践中此处在肩周炎或肩胛骨骨折时按之剧痛
60 外侧	45	肘关节	包括肘关节和肘部软组织	位于第 5 跖骨基底的前后方，代表同侧	可治疗局部病变，如肘关节炎，肘关节劳损，网球肘等
61 外侧	50	外肋骨	西医无此概念	在浅凹处 代表同侧	与肾脏病有关，肾病时此处明显压痛，治疗肾脏病必按摩

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
足底	自编5号	上颌	位于面部中央，为一对，形成眶、骨鼻、骨性口腔	代表对侧 位于原三叉神经区中部	可治疗眼、鼻、口、牙等病变，及三叉神经第二支分布区的病变，包括偏头痛
	6号（新区）	下颌	与上颌骨形成下颌关节	代表对侧 位于原三叉神经区下部	可治疗下颌关节及三叉神经第三支分布区的病变，包括偏头痛

运动系统中还缺不少反射区，其中最重要的是手、足的反射区，包括腕、踝反射区的位置在哪里？用足部按摩的方法能不能治疗手腕关节、手、踝关节、足的病变？

通过实践，我感到曾良时先生的框图可以参考：其中腕、手、踝、足的位置是我设想的，因为腕部腱鞘炎、指关节风湿痛、踝关节软组织扭伤、趾关节风湿痛等病症在此处按压都获得止痛、消除水肿、局部病变减轻的疗效。学友们在实践中不妨试试看。

（二）与呼吸系统有关的反射区：共10个

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
6 足底	11	鼻	包括鼻腔、鼻咽部	代表对侧，位置对应精确	各种原因所致鼻部病变，如鼻炎、感冒、鼻息肉、鼻咽癌等
14 足背	20	肺	支气管树对应肺叶、肺段，分至40级达肺泡	代表同侧，面积大，但肺叶、肺段分法不清楚	可治疗肺与胸膜的病变、肺炎、肺结核，肺癌的康复期、胸膜炎等
43 足背	61	胸	包括呼吸肌（肋间内、外肌、胸小肌、胸大肌）和胸膜	代表同侧，面积大，缺乏细致分区	可治疗呼吸肌、胸膜的病变，同时考虑到胸腺位置的可能，各种癌症的治疗期和康复期必须按摩
44 足背	62	横隔膜（膈肌）	是位于胸腔与腹腔之间的强大的呼吸肌，形成腹式呼吸时作用更大	呈宽带状，一般人按摩此处感到舒服，代表同侧	体虚或久病者，按压此处感到疼痛，治疗胸膜病变、食管裂孔疝、食道、胃、肝、脾、肾病变时需按摩此处
48 足背	59	喉和气管	分属于上、下呼吸道	长条状，与胸部淋巴腺连在一起	咽、喉、上呼吸道感染及胸部病变时需按摩
足底	自编3号（新区）	鼻		代表对侧，位于大趾额窦内1/3	（同统一号6）
足底	自编16号（新区）	气管	属于下呼吸道，包括主气管及支气管	代表同侧，由肺区伸出来穿过斜方肌进入3趾腹面到第2趾间关节止	（同统一号48） 患急、慢性支气管炎、支气管淋巴结核者此处压痛明显
足底	自编17号（新区）	气管	（同自编16号）	代表同侧，位于肺外下方	（同统一号48） （同自编16号）

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
足底	自编19号（新区）	气管食道	自第七颈椎水平至主动脉弓下气管分叉前，气管与食道伴行，气管在前，食管在后。	为长条状，下部分叉，有人认为下部应伸达胃区	气管和食道的病变，尤其食道病变如食道炎，憩室，以及梅核气等
2 足底	7 16	额窦	两眉间的骨腔，是5对副鼻窦中的1对，参与发音	代表对侧，1趾至5趾均有分布	实际对神经系统的病症可以有效地治疗（详见与神经系统有关的反射区）。对副鼻窦炎、上呼吸道感染也有效
63 足背	65	解溪（化痰）	位于足背踝关节横纹中央，足阳明经解溪穴部位	以穴位命名，是足阳明经的"经"穴。	可化痰，治疗痰多，感染及解溪穴的适应症

（三）与消化系统有关的反射区：共18个

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
足底	自编19号（新区）	*气管食道	（同前）	（同前）	（同前）
15 足底	23	胃	分为四部分：贲门部为人口，与食管相接，胃底部，胃体部，幽门部下接十二指肠，又分前、后壁、大、小弯	面积大，作用快。	各种脾胃疾病。如胃炎、胃溃汤、胃痉挛、胃神经官能症、胃下垂，以及呕吐、腹胀、吞酸，泄泻等症

*　与前面有关系统重复的反射区，但是从不同的角度编人本系统内。下同。

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
16 足底	25	十二指肠	分为三部分：球部（易患溃疡）、降部（有胆总管、胰管开口），横部（下接空肠），小肠大部消化作用在这一段进行	该反射区环绕胰脏	可治疗十二指肠病变及脾胃病变，尤其是消化不良症
17 足底	24	胰	分为二部分：外分泌腺胰腺是人体第二大消化腺，分泌胰液对蛋白质、淀粉、脂肪有强大消化功能。内分泌腺胰岛腺分泌胰岛素对糖、脂肪、蛋白质的代谢有重要的调节作用。	被十二指肠所环绕	主治急、慢性胰腺炎、糖尿病、消化不良等症
18 右足底	21	肝	是人体最大的消化腺，分为右大，左小两叶，又是人体内进行物质代谢的重要器官，主要功能有：合成蛋白质，肝糖元的合成与分解，非糖物质转变成糖，分泌胆汁促进脂肪的消化吸收，维生素的吸收与储存，雌激素的灭活，将代谢产物、废物、药物解毒排出体外	只有右足有此反射区	可治疗各型（甲、乙、非甲非乙、丙）肝炎、三阳症（澳抗阳性，E抗原阳性，核心抗原阳性）、消化不良，及各种肝病常见证候，如肝气郁结，肝风内动，肝胆湿热、胸胁满痛、呕逆、泄泻、嗌干、目赤、头顶痛、阳痿、腰痛等

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
19 右足底	22	胆	位于肝脏下方，胆汁由肝细胞分泌后，流入→胆小管→小叶间胆管→肝管→胆囊管→进入胆囊，在胆囊中浓缩后，又经胆总管排入十二指肠参与消化，上述管道（包括胆囊在内）统称为胆系	位于肝区内下方	胆系病变如胆囊炎、胆石症（据介绍按摩可排出直径 3mm 左右的胆石），胆囊息肉，其中对炎症和泥砂状胆石效果最好，以及胆郁痰扰（头晕目眩、口苦呕恶、烦躁不寐、惊悸不宁、胸闷），胆经郁热（头两侧痛，目眦肿痛、口苦咽干，呕吐苦水、胸满胁痛、易怒、多梦）等
25 足底	26	小肠	起自胃幽门，止于回盲交界处的结肠瓣（回盲瓣），长约 5～6 米，相当于身长的 4 倍，包括十二指肠、空肠、回肠三部分，生理上的作用比胃和大肠重要得多，胃只能吸收少量水分、大肠主要吸收水分和盐类，小肠则担任营养物质的吸收	位于大肠的包围圈内	小肠病变、水电解质紊乱、营养不良，以及小肠实热（小便赤涩淋痛，尿血、口糜、舌痛、舌烂、咽干而痛），小肠气痛（少腹急痛连及腰背，并牵涉及睾丸），小肠经病变（咽痛、颌肿、颈项强痛、头晕、耳鸣耳聋、心烦、惊悸、心痛）。与心脏区相配合治疗心脏病
26 右足底	27	盲肠和阑尾	盲肠长 8 厘米 ±，位于右髂窝内，阑尾根部附着其内侧	大肠反射区分布在左、右足底，其为一环形宽带区，走行和名称与人体大肠相对应	治疗盲肠（易患结核）与阑尾病变（易患炎症）
27 右足底	28	回盲瓣	小肠（回肠）与结肠衔接处的瓣膜，只向盲肠开放，使粪便不能回流入小肠		治疗腹胀便秘
28 右足底	29	升结肠	位于右后腹壁，在肝下形成右曲		大肠反射区可治疗急性胃肠炎，肠梗阻、腹膜炎、急腹症、疝、痢疾、伤寒、肠道寄生虫、食物中毒等
29 双足底	27（左） 30（右）	横结肠	由结肠右曲开始经腹上部腹中部到脾，形成左曲		
30 左足底	28	降结肠	位于腹腔左侧壁，下行至骨盆边缘。		
31 左足底	29	直肠	乙状结肠位于骨盆左侧，下与直肠相连，直肠位于骨盆中部，此处是肿瘤易发部位		治疗直肠病变、痔疮。可治疗腹泻
32 左足底	30	肛门	有内外括约肌。直肠肛门部有一条齿状线，内痔位于该线之上，外痔位于该线以下，混合痔是在同一部位内，外痔同时存在		治疗肛裂、痔疮、脱肛，肛门瘘管形成。可治疗腹泻

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
52 内侧	31	肛门(痔疾)、直肠	(同上)	呈纵向长条状，位于胫骨后方软组织部位，长度在内踝上方4横指止	治疗便秘
46 足背 47 足背	56 55	下颚 上颚	颚位于鼻腔与口腔之间使二者隔开，形成鼻腔的下壁，口腔的上壁，其前部为骨性称为硬颚，后部为软组织称为软颚	位于拇趾间关节上方及下方，呈窄带状，两足并拢，可以按与本人牙齿相对应的部位用细棒压迫准确判断各个牙齿的健康与否	可治疗鼻、口、牙、舌、咽等病症，也可治疗打鼾
足背	自编 27号 (新区)	肝经腺	名称先提“经”：指肝经－足厥阴经，后提腺——可能指肝脏本身	位于肝经原穴太冲部位，并与肝经走行相一致	(同统一号18)
足背	自编 34号 (新区)	胆囊	胆囊是胆系中胆囊管末端扩大部分，容纳胆汁使之浓缩、存留，进食时则排入十二指肠帮助消化食物	位于胆经末段足临泣和地五会二穴范围	(同统一号19)

(四) 与循环系统有关的反射区：共3个，与之有关的反射区25个

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
33 左足底	21	心脏	是心血管系统中的最主要的脏器，是推动血流的肌性器官，是推动血液循环的动力站。窦房结是心跳起搏点。供给心肌血液的是冠状动脉	与心脏相对应，只有左足底有。主要特点是：①必须与小肠区相配合治疗，②补、泻讲究，不同病症补泻手法不一样	各类心脏病、高血压、低血压、心律失常、动脉硬化，脉管炎、静脉曲张，以及心病症候(心气虚、心阳虚、心血虚、心阴虚，心血淤阻)，心经病候(心痛、心悸、怔忡、心烦、心胸胀满，胁痛，舌本强，嗌干，目黄，臑臂内后廉痛，掌中热痛等)
足背 (左)	自编 28号 (新区)	心脏组织	心脏的心壁由心外膜、心肌层、心内膜组成，心肌炎侵犯心肌层，风湿侵犯心内膜(心瓣膜)，心肌缺血是由于冠脉缺血，心包脏层和壁层可发生心包病变	与心脏相对应，只有左足背有。位于胸与胸淋巴管部空隙内	(同上)
右足底	自编 18号 (新区)	降血压区	主动脉弓、颈动脉窦有压力感受器，按压后使交感神经兴奋性降低，迷走神经兴奋性增高，从而降低心跳，降低血压	位于右足颈部下方，呈倒三角形，下连食管气管，考虑与主动脉相对应	临床实践中观察，对顽固性的高血压服西药效差者，按摩此处可在半小时左右血压降为正常。对于低血压治疗也有效

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
	附有关的（一）	淋巴系统	是循环系统的组成部分，是静脉回流的辅助管道	（详见免疫系统）	（因为淋巴系统有重要的防御功能，所以现放于免疫系统中）
39 40 41		躯体上部 腹部 胸部		（见免疫系统）	由于本身是循环系统的一部分，对心血管的静脉回流有较大影响，所以心脏病时应按摩这部分各反射区
	自编 29，30，31，32，33（新区）	躯体淋巴结			
20	有关的（二）	1.植物神经 腹腔神经丛	包括交感神经，副交感神经，对心跳快慢强弱、冠脉舒张收缩、全身血管平滑肌、脾脏的血液释放、以及对血液系统都有明显影响 植物神经中的腹部部分	（见神经系统） 位于肾脏周围	由于植物神经、中枢神经对心血管系统有直接的有效的控制，所以心脏病时必须按摩这些部位
3 1		2．中枢神经 脑干 小脑 大脑	在中枢神经各级部位都有调节心血管活动的中枢，但其基本是在延髓。在延髓内有心抑制中枢、心加速中枢和缩血管中枢 延髓位于脑干 大脑皮层的活动影响皮层下中枢	（见神经系统） 位于拇趾内侧根部 位于拇趾足底面	
21	有关的（三）	1．肾上腺素 肾上腺	肾上腺髓质分泌的肾上腺素与交感神经的功能相似，因为交感神经节后纤维末梢就释放去甲肾上腺素，它对心脏具有很强的兴奋作用，对血管的舒缩作用也很强	（见内分泌系统） 位于足底肾脏上内方	
12		2．甲状腺素 甲状腺	由甲状腺分泌的甲状腺素对心血管系统有明显影响，可增加各种组织的血流量、心输出量、心率、收缩压、脉压及血容量 （详见内分泌系统）	（见内分泌系统） 位于足底，条带状	于内分泌系统中的肾上腺素，甲状腺素及脑垂体对心血管系统有明显的生理功能。对心血管疾病的治疗和康复有明显影响，所以心脏病时必须按摩这些部位。
4		3．脑垂体 脑垂体	脑垂体分泌的6种激素，其中的促甲状腺素能促进有关甲状腺激光素合成的各种酶的生成，因此使甲状腺素的合成与分泌增多 （详见内分泌系统）	（见内分泌系统） 位于大拇趾底部	

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
	有关的（四）	血液系统	1. 血液：红色液体，循环在心血管密闭管道内，成人总量5升左右。 包括： 血浆：粘性，淡黄｛血清、纤维蛋白原 有形成分： 血细胞： 白细胞（WBC）：粒细胞｛中性N、酸性e、碱性B；无粒细胞｛淋巴L、单核M 红细胞：占大部分（RBC） 血小板 2. 造血： （1）骨髓｛RBC：只活120天左右 WBC：有的活几天，几小时，抗炎时更丢得又多又快，不断衰亡，不断产生 可造RBC、粒细胞、血小板、部分单核、浆细胞 （2）淋巴组织：造淋巴细胞 3. 破血：脾吞噬系统可清除衰老的细胞		
53 54 55 56 58 61 61 59		1. 脊柱：颈椎 胸椎 腰椎 骶骨 外尾骨 2. 肋骨：内 外 3. 肩胛肩腺	均含扁质骨，其红骨髓有造血功能	（见运动系统）	由于血液系统与循环系统关系密切，所以心脏病时应尽量把这些反射区按摩到
22		肾	可产生红细胞生成酶，促红细胞生成素	（见泌尿系统）	
34		脾	有造血、调节血细胞数量，贮血的功能	（见免疫系统）	
36		睾丸子宫	产生的雄激素可刺激骨髓的造血机能，使RBC及Hb增高	（见生殖系统）	

（五）与免疫系统有关的反射区：共 12 个反射区

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
39 外侧	63	躯体上部淋巴腺	全身主要淋巴结群多数集中在头颈部和躯干，深淋巴结群比浅淋巴结群多 1. 下颌下淋巴结：位于下颌部位，口腔感染时常肿大 2. 颈浅淋巴结：位于颈侧中部，易患淋巴结核 3. 颈深淋巴结：位于颈侧中、下部，及锁骨上淋巴结。老年人左侧锁骨上淋巴结肿大应怀疑胃癌转移 4. 腋淋巴结群：位于腋窝内，上肢感染或乳癌转移时，常被侵犯而肿大 5. 支气管肺门淋巴结：在肺门外，沿肺动脉和支气管分支排列，肺结核、肺炎、肺癌、结节病、尘肺、胶原病时于X光片上可观察到其肿大	位于足外侧外踝关节前窝中，骨缝内，手法特殊	头面部感染如红眼病（急性结膜炎）、中耳炎、鼻炎、副鼻窦炎、咽喉炎、扁桃体炎，牙龈炎、支气管炎、颈淋巴结核、乳腺炎、肺炎、痤疮感染，各种皮炎、癣、食管炎
	58	胸部淋巴腺			
41 足背	自编 29、30、31、32、33，（新区）	躯体淋巴结		位于拇趾与第二趾间足背，呈长条状 位于第 1－5 趾背面趾根处（需进一步分清作用区域）	
40 内侧	64	腹部淋巴腺（下身淋巴腺）	·胸导管：是全身最粗最长的淋巴管道，位于腹，胸后部 ·乳糜池：位于胸导管下部，呈梭形膨大 ·右淋巴导管：位于右胸上部 全身淋巴液最后都汇入胸导管和右淋巴导管而流入静脉系统，这样就把淋巴系统和心血管系统沟通起来，共同组成完整的循环系统 6. 肠系膜上、下淋巴结：各自沿肠系膜上、下动脉排列，数目很多，炎症时肿大 7. 腰淋巴结：沿腹主动脉和下腔静脉排列，左右两群，收集肾、肾上腺、输尿管、盆腔脏器及下肢的淋巴液 8. 腹股沟下浅淋巴结：沿腹股沟韧带及大隐静脉近端排列，收集腹壁下部、会阴、大腿浅部的淋巴液	位于内踝前下方凹陷骨缝中，手法特殊。多数人都有压痛	胃肠炎、肠结核、痢疾、伤寒、阑尾炎、克隆氏病。肾盂肾炎、泌尿系统感染妇科盆腔附件炎、肾上腺皮质功能低下、前列腺炎
49 内侧	39	*腹股沟（鼠溪）	9. 腹股沟下深淋巴结：位于股动脉起始部，收集腹股沟下浅淋巴结的淋巴液及大腿深部和小腿的淋巴液	位于内踝前方凹陷骨缝中，手法特殊，多数人都有压痛	腹股沟淋巴结肿大，腹壁感染及腹部手术后伤口感染或红肿硬结，会阴部感染，下肢感染以及上述部位出现的肿瘤

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
32 左足底	22	脾脏	是人体最大的淋巴器官，能造血、清除血液中的衰老细胞、调节血细胞的数量及贮血功能，同时有较强的免疫功能，以对抗细菌和毒素	位于左足心脏反射区下方，一般情况下无压痛，免疫功能减退时有压痛	主要用于抗感染，各种感染性疾病都需按压此处。第二用于癌症的治疗和康复，同时可用于脾虚（食欲差，身倦乏力，气短懒言，腹胀便溏，腹痛，四肢发凉，肢体浮肿），脾气下陷（头晕目弦，胃下垂，脱肛，子宫下垂），脾不统血（便血、鼻衄、月经过多、崩漏）、寒湿困脾（恶心、欲吐、呕吐、头重如裹、身重或肿，腹痛便溏，口苦不渴，白带绵多）等，以及心烦，食不化，呃逆，嗳气，排气多，舌硬痛，便秘腹泻
43 足背	61	*胸 胸腺? 胸肌?	胸腺位于胸骨和肋软骨的后方，心包和主动脉的前面，很薄而宽，属于淋巴器官，分左、右两叶，分泌的胸腺激素可诱导分化出T淋巴细胞，有明显的免疫功能	位于足背，第2－4趾后方，面积大。一般按摩不痛，当深压压入趾、跖骨之间隙时，常会有痛感	胸部病变，尤其是感染，如支气管炎、肺炎、肺结核、胸膜炎，以及胸壁病变。治疗癌症中可以按摩。在救治呼吸困难的患者及憋气者时可用
45	57	扁桃腺	是咽部较大的淋巴组织。是产生淋巴细胞的部位，也能产生抗体，口腔内存在大量长居菌，如溶血性链球菌，葡萄球菌，肺炎双球菌等，由于粘膜完整及扁桃体分泌粘液能将细菌排掉而不至于感染。当疲劳、受凉、咽部理化因素影响使粘膜上皮防御力下降时，细菌即侵入粘膜发生咽喉炎、支气管炎、肺炎，以及自家变态反应性疾病（肾炎，风湿病）	位于拇趾背部，趾间关节后方，左右二个，一般按之均有痛感	参与对炎症的治疗，以上呼吸道炎症为主

（六）与神经系统有关的反射区：共22个区，其中原有的7个区，新区15个

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
1 足底	12	头（脑）	大脑又称端脑，以半球间裂分成左右两大脑半球，大脑表层2～3mm厚叫大脑皮质或大脑皮层，由神经细胞构成（称为灰质），是机体全部功能的最高调节器官，并控制人体的一切随意运动。大脑表面呈深浅不同弯弯曲曲的沟或裂，沟裂之间的突起叫做回。	拇趾底面的大部分，代表对侧	治疗神经系统的病变，如神经衰弱，失眠，精神病，癫痫，帕金森氏综合症，脑供血不足，高血压，中风，以及眩晕、头痛、发烧、五官病变等。试治脑瘤

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
足底	自编 7号 (新区)	记忆区	记忆是大脑皮层的功能之一、在解剖上未能明确记忆区	是脑区的上1/3区。	可以治疗脑功能中记忆力下降的现象
足底	自编 8号 (新区)	运动区	大脑的运动中枢位于大脑中央前回，其特点是：①交叉支配：一侧运动区支配对侧躯体的肌肉，但头面部肌肉多受双侧支配；②倒立分布：运动区精细的功能定位是呈倒立分布的；③按功能占位：进行精细复杂运动的部位，如手、指、口所占的皮质区大；④代偿作用	是脑区的中1/3区，代表对侧	对于随意肌运动失常、肌肉萎缩，中风后遗症等有效
足底	自编 9号 (新区)	感觉区	大脑的感觉中枢位于大脑中央后回，足部的此区是躯体感觉：浅感觉（指皮肤感觉、如温、痛、触觉）和深感觉（指肌肉、关节的运动觉和位置觉，又叫本体感觉）。其特点是：①感觉传入的皮质投射是交叉的，但头面部感觉的投射有些是双侧的；②感觉传入的皮质投射是倒置的；③感觉灵敏的躯体部位在皮质中有较大的感觉范围，所以感觉灵敏的部位（如手、唇、脸、脚）所分布的代表区域大。以上为第一体感区。在此区下后方有第二体感区，可能与痛觉有关	是脑区的下1/3区，代表对侧	对于一切躯体感觉损伤，可按摩此区，如肢体麻木，局部感觉过敏，疼痛、中风后遗症等
足底	自编 10号 (新区)	语言区	随着右手为主的劳动发展起来的语言中枢，主要在左侧大脑半球，而习惯用左手为主劳动的人，语言中枢位于右侧大脑半球，失语症有两种：①感觉性语言中枢：在颞上回的后部，与听觉皮质代表区相邻，这一部位损伤后，发生感觉性失语症，病人听不懂别人讲话的意义，同时表现语言错乱；②运动性语言中枢：在额下回后部，这一部位受损后，虽然能听懂别人的谈话，但自己不能说话，即运动性失语症，较轻的病例可仅有发音困难或口吃	位于自编8号运动区的内1/4，代表对侧	治疗口吃、中风后遗症中的语言障碍、脑供血不足引起的语言不利，以及感觉性失语和运动性失语

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
足底	自编13号（新区）	味觉区	大脑味觉区位于外侧裂附近	位于运动区与感觉区交界偏内侧，面积较小，代表对侧	中枢性味觉缺失可试治
足底	自编14号（新区）	嗅觉区	位于皮质内侧面的前梨状区和位于大脑基底部的杏仁核	位于感觉区中部，面积较小，代表对侧	中枢性嗅觉缺失可试治
足底	自编11号（新区）	视觉区	位于大脑皮层枕叶距状裂两侧	位于语言区下方	视力受损时可试治
5 足底	8	三叉神经（颞叶）	是颅神经中的第5对，为混合性神经，含有两种纤维，躯体感觉纤维分布在面部皮肤、口腔、鼻腔和鼻窦的粘膜，牙齿和脑膜；运动性纤维支配面部的咀嚼肌等 颞叶有听觉中枢	大脑内侧，呈长圆区，代表对侧	治疗三叉神经痛，偏头痛、牙痛、牙龈炎、泪囊炎、鼻炎等。还可治疗听觉中枢病变
足底	自编4号（新区）	眼	是三叉神经的第一支：眼神经（感觉性）包括额神经、泪腺神经、鼻睫神经，支配这些区域的感觉	位于统一号5的上1/3，代表对侧	并不担任视觉，而是管理所分布区域的皮肤，粘膜、泪腺、泪囊、结膜的感觉和分泌，按摩则需针对上述功能
足底	自编5号（新区）	*上颌	是三叉神经的第二支；上颌神经（感觉性）包括眶下、颧、腭、扁桃体、鼻甲、鼻中隔、硬腭、上颌骨体、后部上颌牙齿和牙龈等皮肤粘膜的分支	位于统一号5的下1/3。代表对侧	管理所分布区域的皮肤、粘膜的感觉，按摩可针对其功能区
足底	自编6号（新区）	*下颌	是三叉神经的第三支：下颌神经（混合性），其中感觉支分布于颞部、耳廓外面、腮腺区的皮肤，颊粘膜，舌神经支配舌前2/3痛、温、触觉，以及下颌各牙和牙龈，颌部皮肤；而运动支支配表情肌中的咬肌，颞肌、翼内外肌	位于统一号5的下1/3，代表对侧	除针对所分布的区域的感觉异常外，当面部表情肌出现问题时可按摩之
足底	自编1号（新区）	三叉神经	（同统一号5）	位于拇趾额窦的外1/3	（同统一号5）
足底	自编2号（新区）	眼	（同统一号8）	位于拇趾额窦的中1/3	按压使之思眠，可治疗失眠
足底	自编3号	*鼻	（同统一号6）	位于拇趾额窦的内1/3	（同统一号6）
					对脑部作用分为几部分： （一）治疗头痛： 1．前头痛（阳明头痛）：二、三趾额窦加足部胃肠区和眼区（统一8号）。 2．后头痛（太阳头痛）：小趾额窦加颈椎、颈项、耳部、腰椎区、放松腹部区、外尾骨区、腹腔神经丛。

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
足底 2	7 16	* 拇趾额窦 * 2～5 趾额窦	是副鼻窦中的一对（见与呼吸系统有关的反射区）。实践中其作用主要体现为神经系统脑部的症候改善。所以其命名为额窦可能需进一步研究	代表对侧，位于足部5趾上端部。一共5个	3．偏头痛（少阳头痛）：四趾额窦加三叉神经。 4．头顶痛（厥阴头痛）：拇趾额窦加头，三叉神经，鼻区（统一6号），脑垂体，小脑，上下颚、甲状腺。 （二）诊断：以按摩时出现的痛觉判断 1．三趾额窦剧痛：睡眠不好，一度疲劳； 2．四趾额窦剧痛：睡眠较差，二度疲劳； 3．二趾额窦剧痛：睡眠更差，三度疲劳，食欲下降，疲劳明显； 4．五趾额窦剧痛：四度疲劳，严重失眠，食欲不振，长期紧张。 （三）退烧：高烧和中度烧，服药无效时，儿童最好不服药只揉脚就可退烧。 （四）脑部各种疾患，包括感染。对失眠尤其有效
3 足底	9	脑干、小脑	是由间脑（有人不列入脑干）、中脑、桥脑、延髓先后连接呈干状组成，每部分都有不同功能。 1．间脑：由丘脑、丘脑后部、下丘脑等构成。 （1）丘脑：管理躯体感觉，把本体感觉和皮肤感觉输入大脑 （2）丘脑后部：管理听觉和视觉 （3）下丘脑：是调节植物性神经系统活动的皮质下中枢，对内脏作用很大 ①体温中枢：由产热中枢、散热中枢、恒温中枢组成，其正常使体温维持相对恒定。 ②食物中枢：由饱中枢、摄食中枢、渴中枢组成。间脑综合症有下述表现：低热—高热，尿崩症、嗜睡，性功能障碍（性欲低下，阳萎、早泄、精子生成障碍，月经失调或闭经，性早熟），肥胖，心血管症状（心悸，血压降低或波动很大，心动过缓）等。 2．中脑：主要功能是协调躯体运动，维持肌体的正常姿态，中脑黑质内包容了多巴胺神经元的80％。当黑质细胞变性时，纹状体内多巴胺含量下降，乙酰胆硷相	宽，范围不大，多数人按之疼痛	1．镇痛：可以治疗各种疼痛 2．发烧时可以降温，对成人有此作用，儿童少年对此更为敏感。 3．按压可减低食欲，是减肥必按摩之处。对维持机体水的正常代谢有重要作用。 4．按摩可治疗左侧所列各病症。 5．可治疗帕金森氏病。 可从颅神经受损程度定位脑瘤。

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
			对增高而发生帕金森氏病。中脑的黑质、红核是锥体外系的重要组成部分。 3. 桥脑：有三叉神经、展神经、面神经、位听神经四对颅神经出入，并支配表情肌、眼外转、咀嚼肌等	宽，范围不大，多数人按之疼痛	
			4. 延髓：被称为"生命中枢" (1) 有重要的内脏反射中枢： ①呼吸中枢：呼气和吸气中枢 ②心血管运动中枢；心抑制，心加速、缩血管中枢。延髓受外伤或其他病变损伤时，呼吸停止，心跳失常，血管紧张度不能保持，血压下降，迅速死亡。 ③消化和代谢中枢：消管运动和消化腺分泌等中枢主要位于延髓内。 ④防御性反射中枢：咳嗽、喷嚏、呕吐、泪液分泌及眨眼等中枢 (2) 对肌紧张的调节 小脑：发生病变时平衡失调，共济失调		6. 是急救要区： 新抢救处方：二穴二区 晕厥欲人中－人中穴 心胸内关谋－内关穴 升血压靠肾上腺－是肾上腺区 呼吸心跳求脑干－中脑干区 7. 可治疗消化系统病变 8. 抢救服毒者可按摩 9. 小脑病变的治疗
20 足底	2	腹腔神经丛（太阳丛）	指植物神经的腹部部分－胸腰部，自 T～L_3，$S_{2\sim4}$。植物神经的功能是管理心肌、平滑肌和腺体的活动，这些组织的所在器官大部分受交感神经和副交感神经的双重支配。	位于肾和肾上腺周围，面积大，只能向上刮按，一般不痛，重病者碰之即痛。	参考植物神经功能表，可知在下述情况下需按摩此区：心血管疾病，血液系统疾病，呼吸系统疾病尤其是慢支炎、支气管哮喘、消化系统疾病，泌尿系统疾病，生殖系统疾病、眼部疾病、低血压、减肥、糖尿病、低血糖等，按足对于交感副交感的作用是双向调节的

（付）交感神经和副交感神经功能表：

作用部位		交感神经	副交感神经
系统	器官		
循环系统	心脏　冠脉 腹腔内脏血管 皮肤血管	心跳加快、加强 舒张 收缩 收缩	心跳减，心房收缩减弱 收缩 —— 舒张
	骨骼肌血管 肺部血管 脾	收缩较弱，舒张较强 轻度收缩 收缩	— — —

续表

作用部位		交感神经	副交感神经
系统	器官		
血液系统	血凝 血糖	加快 增高	— —
呼吸系统	支气管平滑肌 支气管粘膜腺	舒张 —	收缩 分泌
消化系统	唾液腺 胃肠壁 括约肌 胆囊和胆管	分泌少量粘稠唾液 张力减弱，蠕动减弱，减慢 收缩 抑制	分泌大量稀薄唾液，促进胃液、胰液及胆汁分泌 张力增强，蠕动加强，加快 舒张 兴奋
泌尿系统	肾 输尿管 膀胱逼尿肌 膀胱三角肌 膀胱内括约肌	血管收缩而使尿生成减少 舒张 收缩 } 贮尿 收缩	— 收缩 收缩 舒张 } 排尿 舒张
生殖系统	外生殖器官 阴茎 子宫	收缩 射精 妊娠子宫收缩，未孕子宫宽息	舒张 勃起 —
感官	泪腺 瞳孔 睫状肌	抑制分泌 散大 —	促进分泌 缩小 收缩
皮肤	汗腺	分泌	—
内分泌系统	肾上腺髓质 胰岛	分泌 —	— 分泌
代谢	肝糖元分解 物质代谢 基础代谢率	促进 促进分解代射 升高可达 150%	抑制 促进合成代谢 —

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
62 内侧	42	内侧坐骨神经	坐骨神经由脊髓骶段伸出的脊神经组成，走行在臀大肌深面，环跳穴附近。是人体最长、最粗的周围神经，并且含大量植物性神经纤维。坐骨神经痛是多发病，分为二类： 1. 原发性坐骨神经痛：受风寒、潮湿或体内感染灶引起神经间质发炎。 2. 继发性坐骨神经痛：由于邻近结构的病变累及，主要是脊柱病变，最常见是椎间盘突出。	位于胫骨内侧后缘，直上达胫骨内髁后方，即足少阴经的阴谷穴上，呈长线状	按摩时初始段尤其三阴交穴段疼痛难忍，上1/3处也是疼痛难忍，后者时常还可触及皮下颗粒或结节，糖尿病患者此处疼痛十分明显。 可治疗坐骨神经痛，糖尿病，肾糖阈减低。
62 外侧	54	外侧坐骨神经	（同上）	位于胫骨后外侧，实际在腓骨外后缘呈长线状，直上达腓骨小头前凹陷阳陵泉穴处。	主治坐骨神经痛
足底	自编 23号 （新区）	骨盆腔 （失眠点）	骨盆腔的命名可能因为它在生殖腺上方，此处正是骨盆腔内，但其又命名为失眠点，因为其功能能治疗失眠	位于足底足跟部位生殖腺内上方，面积不大，一般人不痛，失眠者疼痛。	治疗失眠
足底	自编 24号 （新区）	坐骨神经	（同统一号62）	位于足底足跟后，内侧边缘，呈狭带状。	主治坐骨神经痛。

（七）与感觉器官有关的反射区：共7个

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
8	17	眼	眼睑：可患｛麦粒肿（皮脂腺急性化脓炎症）；内麦粒肿（急性化脓性睑板腺炎）；霰粒肿（睑板腺囊肿）｝ 泪器：有泪囊和泪道，可患急慢性炎症 结膜：可患｛急性传染性结膜炎（红眼病）；慢性、急性结膜炎；沙眼｝ 眼球：｛眼球壁｛外膜：｛角膜：易患溃疡；巩膜｝；中膜｛虹膜；睫状体；脉络膜｝虹膜睫状体炎；内膜：视网膜，可患视神经萎缩｝；眼内容｛房水：排出受阻时发生继发性青光眼；晶状体：混浊即成白内障；玻璃体｝｝ 眼部其他疾病：近视、远视、散光	代表对侧，第2及3趾的趾内外底侧和根部45°的4个点状区域，以及连着趾根的狭窄足掌面。	适应于左列各种眼部疾病，前头痛。

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
足底	自编2号（新区）	眼	（同上）此处是拇趾额窦的中1/3，属于额窦的一部分。	位于拇趾端外侧，常做为额窦一起按压，常常很疼。代表对侧。	治疗失眠，压之思眠。
足底	自编4号（新区）	*眼	此外是三叉神经的第一支：眼支，其并不担任视觉，而是管理所分布区域的皮肤（额部、鼻侧、眼睑）、粘膜、泪腺、泪囊、结膜的感觉和分泌。	位于拇趾外侧三叉神经的上1/3，一般都有些疼痛。代表对侧。	治疗所分布区域的病变。
足底	自编15号（新区）	眼被	可能是指眼周的覆盖和运动器官，如眼睑、眼肌。 眼肌有以下类别 眼内肌{缩瞳肌：由副交感神经支配；开瞳肌：由交感神经支配；睫状肌：由动眼神经支配} 眼外肌{上直肌、下直肌、内直肌、下斜肌}第三对脑神经支配；外直肌—第六对脑神经外展神经支配；上斜肌—第四对脑神经滑车神经支配} ①眼内肌（可缩瞳散瞳及调节屈光） ②眼外肌（可使眼球向各个方向移动） 眼轮匝肌（可引起眨眼动作）	位于二趾第1～2趾骨腹侧面，呈宽带状。代表对侧。	治疗疲倦，压之可使人精神。
9 足底	18	耳	{外耳：耳廓、外耳道。易患疖肿。 中耳：鼓室（内有三个小听骨：锤骨、砧骨、镫骨），咽鼓管、鼓窦、乳突小房。易患中耳炎、胆脂瘤 内耳（迷路）{骨迷路}可发生美尼尔氏症；{膜迷路}耳鸣、耳聋、晕车、晕船} 耳毒性抗生素：对第八对脑神经——位听神经有较明显的选择性毒性作用，应用这类抗生素要极为重视观察其毒副作用。 位听神经（第八对脑神经）： {前庭神经（主管体位姿势平衡）：主可受链霉素、庆大霉素的损害，中毒表现以眩晕、头痛为主，也可引起恶心、呕吐。 及时停药最终可能恢复正常 耳蜗神经（主管听力）：主受双氢链霉素、新霉素、卡那霉素、万古霉素、春雷霉素的损害、中毒后出现耳部饱满感、头晕、耳鸣、继而耳聋，可以发展成永久性耳聋。}	位于第4～5趾的趾内侧外侧底侧三面及趾根两侧45°的三个点状区域（第5趾只有正面一个点），以及连着趾根的狭窄掌面。代表对侧。	适用于左侧各种耳病。
42 足背	59	平衡器官	指内耳前庭神经（见上解释）	代表对侧。位于足背第4～5趾间，在第1趾骨与跖骨间范围内。	治疗各类头晕、及耳毒性抗生素中毒。

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
		皮肤	老区和新区都没有提到皮肤，但皮肤到处都分布着感受器和感觉神经末梢，各种感受器分别接受适宜刺激（如机械、温度、化学、物理等刺激），产生冲动，经传入神经传至中枢，引起不同的感觉（如触、压、热、冷、痛、痒等），其感觉功能是赖以获取感性认识的眼、耳、鼻、舌、身五个重要官能之一。 面部皮肤美容足部按摩区域： 足三阳经之本在足，之标在面，手三阳经在足有相应的脏腑反射区，其标也在面。中医认为十二经之本是经气所起之处，十二经之标是经气所止处，经气充盛则气血上荣于面，使面部皮肤循环改善，营养充足，角化层含水分适当，皮脂腺分泌适度，表皮层的生发层增生更新得以正常，真皮层胶原纤维、弹力纤维得以恢复弹性，生发层中的黑色素细胞代谢正常，于是面部皮肤丰润光泽，红黄隐隐，精气内含，荣光外发，细腻白净。按摩足部上述各区可达此目的。	①足阳明经之本厉兑及第2趾背部，以及对应的脏腑反射区胃区；②足太阳经之本足跟以上5寸中，以及对应的脏腑反射区膀胱区；③足少阳之本是足窍阴及第4趾足背部，以及对应的脏腑反射区胆区；④手阳明经对应的脏腑反射区大肠区；⑤手太阳经对应的脏腑反射区小肠区，都是面部美容要区。⑥肺、脾、大肠	可用于美容、抗衰老、皮肤减皱，用以治疗各种皮肤病、冻伤、烫伤、荨麻疹、湿疹、瘙痒症、牛皮癣、粉刺（痤疮）、扁平疣、色素沉着等。
足底	自编18号（新区）	*降血压区（内感受器之一）	此区位于血管中的压力感受器，属于感觉系统中的内感受器，具体说就是在主动脉弓和颈动脉窦壁上的压力感受器在受到刺激时，通过一个神经反射过程能使血压下降，或使之上升。	（见循环系统）	治疗高血压，低血压。

（八）与内分泌系统有关的反射区：共8个区，其中老区7个，新区1个

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
4 足底	13	脑垂体	（详见下文：各论）	位于大脑中部稍前，记忆区与运动区之间中部，面积不大	X光片骨骺未愈合的青少年如果身体不高，可用来增高；患巨人症或肢端肥大症者可减少生长激素；已妊娠者可安胎，可治疗不孕症；可升血压，治疗尿崩症，可催产。为安全考虑，已妊娠妇女最好不按摩此处。

续表

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
12 足底	15	甲状腺	（详见下文：各论）	位于大趾后方，呈条带状，有一拐弯，向上的起始部最疼。代表对侧的可能性大。	对甲状腺病变可进行双向治疗（甲亢，粘液性水肿），治疗呆小症。由于能促进新陈代谢，加速各种物质的氧化过程，增加耗氧量和产热量，尤其能促进脂肪的分解氧化和胆固醇的转化、排泄，因此是减肥要区。
13 足底	14	副甲状腺	（详见下文：各论）	位于大趾第一趾骨与第一跖骨头之间缝（关节）的外侧，按摩时手法特殊。	可治疗因血钙过少造成的“手足搐搦症”，小儿缺钙，中老年人因骨质脱钙引起的骨质疏松，以及钙磷代谢失常引起的石骨症等。
21 足底	1	肾上腺	（详见下文：各论）	位于足底涌泉穴内上方，面积不大。多数人压之有痛感。	1. 可以进行抢救：抗休克，抗中毒、抗炎症、升血压，使心跳加强加快，冠脉供血增多（冠脉扩张）。 2. 多发性硬化二例，病史半年，按摩手足，重点加强肾上腺，每次 100 多下来。其中一例 25 岁，一例 57 岁，都经核磁共振诊为“脱髓鞘病变”，治愈后 MRI 有明显好转。 3. 治疗水电解质紊乱，糖代谢异常，柯兴氏综合症，嗜铬细胞瘤，低血压症等。
36 足底 50 内侧	31 37	* 生殖腺 * 前列腺	（详见下文：各论）	代表同侧，位于足跟底中间和外侧足跟两处。 代表同侧，位于足内侧跟部。	（放在生殖系统反射区内）。
足底	自编 12 （新区）	松果体	（详见下文：各论）	位于大脑记忆区外侧，接近三叉神经第一支处。	治疗失眠。
17 足底	24	* 胰腺 （包括胰岛腺）	胰岛腺散居于胰外分泌腺—胰腺之间，以胰尾分布较多（约有 170 万个），其分泌的胰岛素主要生理功能是调节糖代谢，对脂肪和蛋白质代谢也有调节作用。胰岛细胞有两种：①α 细胞（占 20%）：产生胰高血糖素，可使血糖浓度升高；可增强心肌收缩力增加心输出量 ②β 细胞（占 80%）：对糖代射的调节：既能增加血糖的去路，又能减少血糖的来源，因此血糖浓度降低。 可使脂肪储存而发生肥胖。能促进蛋白质合成。可使血钾降低。	位于十二指肠弯内，常与胃、十二指肠一起按摩。	①低血糖症，尤其对因用胰岛素过量而致低血糖昏迷者。 ②心力衰竭，心律失常。 ③糖尿病。 ④肥胖症。 ⑤高血钾症。

（九）与泌尿系统有关的反射区：共4个反射区

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
22 足底	3	肾脏	是成对的实质性器官，结构： 肾实质｛皮质｛肾小球｛血管球、肾球囊；肾小管｝；髓质｝ 肾间质——肾迷路，分泌｛肾素、红细胞生成酶、促红细胞生成素｝ 统称为泌尿的肾单位，两肾共200万个（肾功能见下文：各论）	代表同侧，位于足心，面积较大	是极重要的排泄器官，可将按摩所脱落的病理反应物排出体外，所以任何疾病都必须按摩此处，全足按摩完后，还需加强再次按摩。
23 足底	4	输尿管	是把尿液由肾脏导入膀胱贮存起来的一对细长管道	代表同侧，为细长带状	（同上）
24 足底	5	膀胱	是由平滑肌组成的贮尿的肌性囊袋，伸缩性很大。	位于足底内侧后1/3边缘	（同上）
51 内侧	6	尿道 阴茎 阴道	｛男性：是一条细长的管道，起自膀胱的尿道内口，有排尿和排精液的作用 女性：甚短，尿道与阴道分开｝	由膀胱区伸向足内侧，与子宫或前列腺相连。	（同上）

（十）与生殖系统有关的反射区：共5个，其中老区4个，新区1个

统一号	顺序号	反射区名称	解剖生理及临床提示	反射区特点	按摩适应症及其它
36 足底	31	生殖腺（卵巢或睾丸	（详见下文：各论）	位于足跟底部中间，代表同侧	可治疗肾功能衰竭、恶性肿瘤、骨质疏松、更年期综合症，老年性阴道炎、功能性子宫出血、继发性闭经、不孕症，避孕。因雌激素能使子宫加强收缩，孕妇忌按
36 外侧	48	生殖腺（卵巢和输卵管，或睾丸和副睾丸）	（详见下文：各论）	位于足跟外侧，代表同侧	
50 内侧	37	子宫或前列腺（摄护腺）	（详见下文：各论）	位于足跟内侧	可治疗子宫肌瘤、前列腺炎、附件炎、盆腔炎。可引起流产，孕妇忌按。
37 外侧	53	放松腹部（减轻经痛和经期紧张现象）（月事不调）	可能指下腹部	位于足外侧踝关节后方及胫骨后方，向上长约4横指的范围。	向上推为补：可使经期推后；向下推为泄：可使经期提前。
内侧	自编 25号	输卵管	位于子宫与卵巢之间，可使卵子通过到达子宫，左右各一条。	位于解溪前下方，呈条带状，将足跟内侧的子宫及外侧的卵巢连接起来。	治疗输卵管炎、不孕症。

七、足部按摩操作顺序与手法应用

足底

(1) 肾上腺：双脚掌第一跖骨头与第二跖骨头之间。

手法：用握足扣指法定点按压三次。

要求：按压节奏稍慢，渗透力要强。

(2) 太阳神经丛：双脚掌中心，在肾脏反射区两侧。

手法：用单食指扣拳法，由足趾端向足跟端划弧，每侧三下。

要求：手法力度要均匀，稍慢。

(3) 肾脏：双脚掌第2跖骨基底，于足掌心处。

手法：用握足扣指法，由足趾端向足跟端按摩4～6次，长约3cm。

要求：按摩节奏稍慢，渗透力要强。

(4) 输尿管：双脚掌自肾脏反射区中心至膀胱反射区，成一线区域。

手法：用单食指扣拳法，由足趾端向足跟端按压至膀胱区。

要求：力度均匀，稍慢，不可滑掉。

(5) 膀胱：双脚掌内侧舟骨下方。

手法：将足部轻度倒下来，用食指关节压往反射区，用单食指扣拳法，稍向内或外旋转一点按压。

要求：力度不可太大。

(6) 尿道：双脚跟内侧，自膀胱反射区向上延伸至距骨与舟骨之间隙。

手法：足保持横倒状态，有三种手法：①左手压住足前部，用拇指推掌加压法，用右手拇指内侧由膀胱反射区沿内踝下缘，向后上方压推。②左手压住足前部，用单食指扣拳法，右手食指关节由膀胱反射区，沿内踝下缘向后上方压推。③用双拇指扣掌法，由膀胱反射区，沿内踝下缘向后上方压推。

(7) 拇趾额窦：双脚拇趾尖端约1cm的范围。

手法：用单食指扣拳法，用左手固定足拇趾自右向左按摩，或自左向右按摩（只能一个方向）约三次。

(8) 三叉神经：双脚拇趾末节外侧上方，位于小脑反射区上前方。右侧三叉神经之反射区在左脚上，右侧在右脚上。

手法：用扣指法先向趾腹方向挤压，然后轻轻抬起回原位，再向足跟端压、推，重复三遍。

(9) 小脑（脑干）：双脚拇趾跟部外侧面靠近第二趾骨头。左半部小脑（脑干）之反射区在右脚上，右半部小脑（脑干），在左脚上。

手法：用扣指法直接向反射区上压推三次。

(10) 颈项：双脚拇趾跟部外侧面靠近第二趾骨干。左侧反射区在右脚上，右侧反射区在左脚上。

手法：痛点在外侧45°角处，用扣指法先压住痛点向内推三次。

(11) 鼻：双脚拇趾第二趾骨内侧，右鼻之反射区在左脚，左鼻之反射区在右脚上。

保健手法：用扣指法或拇指推掌法由足跟端向足趾端分两步按摩，共三次。

通气手法：用单食指扣拳法直接按压三次或多次。

（12）大脑：双脚拇趾第2趾骨软组织的全部。右半球大脑之反射区在左脚上，左半球大脑在右脚上。

手法：用单食指扣拳法由足趾端向足跟端按摩三次，重复三次。

（13）脑垂体：双脚拇趾第2趾骨正中央，在脑部反射区深处。

手法：右手拇指压住左手弯曲之食指压进去，左手腕轻轻抬起即可准确压到。

（14）副甲状腺：双脚拇趾第1跖趾关节偏外侧。

手法：①用单食指扣拳法的食指弯曲处尽量找到并卡入第1趾跖关节内，向前顶入关节缝内。②用扣指法扣入骨缝内。③用拇指指侧卡入关节缝内，找到后，顶压三次。

（15）甲状腺：双脚第1趾骨上1/2至第1～2骨之间，达第1～2趾之间止。

手法：用单食指扣拳法或用捏指法，拇指压推自足趾端向足跟端按压三次。

（16）四个额窦：双脚第2～4趾趾端约1公分的范围。

手法：用单食指扣拳法按次序由足趾端至足跟端每个部位按摩三次。

（17）眼睛：双脚第二、三趾双侧及底侧，第二、三趾双侧根部。右眼反射区在左脚上，左眼反射区在右脚上。

手法：①用单食指扣拳法或捏指法，拇指按压于趾根部45°，每处顶压三下。②用扣指法在两侧及底部垂直按，各三下。

（18）耳朵：双脚第四、五趾双侧及底侧，第四、五趾双侧根部。右耳反射区在左脚上，左耳反射区在右脚上。

手法：①用单食指扣拳法或捏指法于45°每处按压三下。②用扣指法在第四、五趾的两侧及底部垂直按搓各三下。

眼、耳：双脚第二、三、四、五趾根部。

手法：用单食指扣拳法于趾根至第二趾根刮擦三次，每次都应力达各趾根部45°处。

（19）斜方肌：双脚底眼、耳反射区下方，自第1趾骨起至外侧肩反射区处成带状，宽约1指。左侧斜方肌反射区在右足，右侧斜方肌反射区在左足。

手法：用单食指扣拳法由内向外按摩三次。

（20）肺、气管：双脚斜方肌反射区下方，自甲状腺反射区向外成带状到脚底外侧骨下方，宽约一指。右肺反射区在左脚上，左肺在右脚上。

手法：用单食指扣拳法由内向外按摩三下。

（21）心脏：左脚掌第4跖骨头颈与第5跖骨头颈之间，在肺反射区下方处。

检查手法：①轻：用拇指推掌法从足跟端至足趾端按摩，分为轻、中、重三步。②中：用单指扣拳法的食指侧面从足跟端至足趾端按摩，分为轻、中、重三步。③重：用单食指扣拳法的食指骨尖垂直压迫，分为轻、中、重三步。

保健手法：补：用第一种手法分轻、中、重三步，方向向足趾。泻：用第2种手法，方向向足跟。

要求：对心脏力度不可过重。

（21右）肝脏：右脚掌第四、五跖骨上半部，肺气管反射区下方。

手法：用单食指扣拳法，自趾端向跟端按摩。

（22右）胆囊：右脚掌第四、五跖骨上部，位于肝脏反射区之内。

手法：直接向内顶入往下按压三次，但动作要小。

(22 左) 脾脏：左脚掌心心脏反射区下方的足跟端侧，于第四、五跖骨基底部。

手法：用单食指扣拳法直接向下按压三、四次。

(23) 胃：双脚掌第一跖骨体前段。

(24) 胰：双脚掌第一跖骨体中段。

(25) 十二指肠：双脚掌第一跖骨基底，胰之下方。

保健手法：用双指拳法，由胃向十二指肠，由足趾端向足跟端按摩约三次。

(26) 小肠：双脚掌楔骨部位至脚跟骨之间凹陷区域，被大肠所包围。

手法：用双指拳法，但四指弯曲，同时由足趾端向足跟端按摩5～6次，速度快，均匀，有节奏。

(27 右) 盲肠和阑尾：位于右脚脚掌跟骨前缘靠近外侧。

手法：由上向下定点按压，约三至四次。

(28 右) 回盲瓣：位于盲肠和阑尾上方。

手法：由上向下定点按压，约三至四次。

(29 右) 升结肠：位于右脚掌小肠反射区之外侧带状区域。

手法：自下向上按摩，约三次。

(30 右) 横结肠：位于右脚掌中间，横越脚掌之一带状区域。

手法：自右向左按摩，约三次。

(27 左) 横结肠：位于左脚脚掌中间，横越脚掌的带状区域。

手法：由右至左按摩，约三次。

(28 左) 降结肠：位于左脚脚掌跟前线外侧带状区域。

手法：由上向下按摩，约三次。

(29 左) 直肠：位于左脚脚掌跟骨前线成带状区域。

手法：由外向内按摩，约五次。

(30 左) 肛门：位于左脚直肠反射区末端，近于内侧。

手法：由上向下定点按摩，约三至四次。

(31) 性腺：(男性) 睾丸，(女性) 卵巢：双脚脚跟正中偏趾端。

手法：用单食指扣拳法，食指关节骨尖端点头式地按压三次。

八、新反射区手法运用

新反射区按摩时机：

1. 可在老反射区全部做完后，加强重点时，把新反射区中与具体疾病有关的直接反射区或关联反射区放在此时做。

2. 可在做老反射区过程中把在附近的新反射区捎带做。

3. 可按系统分类并入老反射区做。

足底：

(1) 眼：

手法方向：①压额窦正中的眼区多了犯困，压二趾的眼被区可以弥补；②足底二、三趾根两侧45°的眼点可以增加视力，足背二、三趾根两侧45°的眼点（手法与足底相同）则可治疗近视和远视。

(2) 大脑各区：

手法方向：①皮层各区可以按老反射区“大脑”竖向按压，各区一起做；②凡需特别按压的部位，可按照横向走向按，点、片状的用垂直压入的手法；③鼻、三叉神经、上颌、下颌可定点按压。

（3）肺及支气管：

手法方向：①第三趾的支气管可由趾端向足跟方向按压直达到肺；②第五跖骨头的支气管可与按肺区时一样，由内向外下方按压。

（4）降血压区（只有右足有）：

手法方向：用拇指压住降压区，作逆时针方向旋转或逆时针方向划圈。降血压的经验处方：按压平衡器官，可得到双向效果，高血压者血压可下降，低血压者血压可升高。人迎穴旁开是降血压敏感点，也可同时按压。

（5）气管食道：位于降血压区与甲状腺之间。

手法方向：由趾端向足跟推压，有人认为应该推压到胃区，实践效果很好。此区有的书认为在第三趾根部。

（6）骨盆腔（失眠点）：位于足跟生殖腺前上方稍偏内。

手法方向：定点按压。经验：对失眠者，先压大脑松果体，可较好入眠，但长期做下去效果渐差，改为按压骨盆腔又可较好入眠。

（7）背腰经腺：位于足外侧由肺支气管至与足跟生殖腺中部水平处。

手法方向：两拇指从足趾端向足跟方向重力推压过去，对膀胱经对应的各脏腑很有作用。

（8）足底根部（外侧：膝、臀。内侧：坐骨神经）：位于足跟边缘，定位可与足跟生殖腺相比。

手法方向：范围小的用定点按压，条带状的用推压法，与老反射区结合起来应用。

足内侧：

（1）输卵管：位于内外踝关节连线略下方，与横膈平行。

手法方向：按摩方向有人主张向子宫方向，按摩长度应内达子宫，外达卵巢。一点点压过去，或整个搓。

（2）闪腰点：位于输卵管与横膈膜之间，长度不大，较宽。

手法方向：可用双拇指在此区揉压，找到最痛点，施力要大，往往可迅速生效。

足外侧：

（1）肩关节：位置仍与老反射区相同，但是是立体的，足背（司肩前韧带）、足侧（司肩部骨及软骨）、足底（司肩后韧带）。可因此给肩周炎定位损伤肩韧带部位。

手法方向：按摩方向同老反射区，但肩前、肩、肩后部位都必须按摩到。

（2）膝关节：位置同老反射区，但也是立体的，分为膝两侧，腘窝、前膝 4 部分。

手法方向：腘窝，膝两侧定点按压，前膝划弧线推压。

足背

（1）胆囊：位于平衡器官后方，4、5 跖骨干之间。

手法方向：按摩方向与平衡器官相同。也可定点按压。

（2）肝经腺：位于胸部淋巴腺的近段，足厥阴肝经。

手法方向：按摩方向与用足厥阴肝经经气流动的方向一致（经脉上）。

（3）心脏组织（只有左足有）：位于第二趾的第一趾骨表面皮肤。在综合治疗中，配合心脏区治疗。

（4）躯体淋巴：位于足背第1～5趾第二趾骨—第一趾骨之间。

手法方向：按压方向一律向足跟方向，可定点加压，但不可向足尖方向按摩，以免发生头痛头晕现象。

九、足部按摩注意事项

1．饭前30分钟内，饭后1小时内，不可施用本法。

2．进行足部反射区按摩期间，每天需保证一定的饮水量，小孩、心脏病患者、水肿病人、糖尿病患者饮水量可适当减少些，一般每次300～500毫升温开水。

3．避免压迫骨骼部位，防止骨膜发炎或溢血肿胀现象。瘀血或红肿时可在局部涂上红花酒精，暂停或减轻治疗。操作时要保持室温，不可使风直吹足部。

4．女性怀孕及月经期间，初学者不可给其做，专训后可做也可不做，师训后才有资格给其做。

5．每次按摩时间以30～45分钟为宜，不宜过久。

6．严重心脏病、糖尿病、肾脏病者每次按摩时间不超过10分钟，按摩部位为：

（1）肾上腺、肾脏、输尿管、膀胱，系统做。

（2）做患者所治疾病的直接反射区，例如糖尿病患者做胰脏、内侧坐骨神经区。

（3）重复做肾脏、输尿管、膀胱一遍。

以后根据病情，按系统增加反射区。例如增加排泄系统，再以后增加神经系统，再以后增加内分泌系统……，到可做到30～45分钟时全面做。

7．患严重的癫痫、心脏病、高血压、肝功能衰退及其他慢性病、疑难病等病人，须与医师合作、并配合西药治疗。原服的中西药不可马上停用。在按摩中根据情况逐渐减量；当患者使用止痛或镇静药时，可立即减量或停用；各种急性感染或中毒性疾病，必须用药物或其他治疗方法，足部按摩只能作为辅助治疗。

8．刺激反射区可能产生下列各种短暂的反应，但仍可继续，请勿放弃治疗：

（1）脚踝微胀——尤其以淋巴阻塞现象的病人为明显。

（2）曲张的静脉突然肿得更明显——这是血液循环良好，静脉血液增加的好现象。不要紧张，但应注意其发展情况。

（3）发烧——当按摩淋巴腺反射区而引起反应时，是因体内正好有潜伏着的病菌与白血球对抗，因而产生发烧现象，请不必紧张。

（4）反射区更加疼痛。

（5）挫伤——当您体内钙的含量不正常时，亦引起骨骼挫伤，以后避免压迫。

（6）尿液变化——一般按摩3～10次，尿色即变深、变黄、臭味加重，时有混浊现象，放置后会有明显沉淀的，这是肾脏增强了排泄废物能力的现象。

（7）腹泻或大便次数增加，同时臭味增加，排气增多，这是排泄废物功能增强的现象。

（8）排汗增加——汗比平时多，且有臭味，包括出现脚汗，此是皮肤排泄增强的现象。

（9）口干——这是按摩足部使排泄废物、毒物的同时使水的消耗增加，可适当增加

饮水量。

（10）疲倦感——倦怠、乏力、犯困、体质越差越明显，失眠者可立即恢复正常睡眠，这是通过按摩调理使机体增强了抗病能力，在抗病过程中机体有消耗所致，可随病情的好转而渐趋正常。

（11）原病情反跳加重，或出现以往有过的症状——这是使尚未痊愈而潜在的疾病引发出来，数天可自行消退。

（12）疼痛——有的反射区疼痛较明显，压时若力度不够会影响疗效，延长疗程，所以仍需适当按压，但需注意患者的忍耐力。

9．使用本法错误将造成的后果应设法避免：

（1）骨骼上加压过量，将使骨膜发炎。

（2）脚部受伤，避免在该部位直接加压。

（3）肾脏病造成的水肿，应避免施力太重，并应减少饮水量。

（4）使用本法后未喝足够量的开水，易造成腰部酸痛，因为有毒物质流入肾脏未能排泄。

第五节 常见病的防治

系统	序号	病 症	足 针	足象针	足全息	其它疗法 针刺、灸、揉、敲、浴
（一）运动	1	关节炎、关节痛		上肢、下肢	上肢、腿、足	
	2	多发性关节炎		上肢、下肢	病变部位	
	3	痛风性关节炎		上肢、下肢	病变部位	吃生菜、控制蛋白
	4	风湿、类风湿关节炎		上肢、下肢	病变部位	
	5	网球炎		上肢	上肢	
	6	腕关节病变		上肢	上肢	
	7	肩周炎、肩胛酸痛	肩荨	上肢、背	上肢	肩井穴、整个足底
	8	髋关节痛		上肢、臀	腿	
	9	膝关节积液、疼痛	腰腿点	下肢	腿	上坡痛加至阴穴 下坡痛加大敦穴
	10	踝关节痛	腰腿点	下肢	腿	
	11	上肢酸麻	肩荨	上肢	上肢	
	12	下肢酸麻	腰腿点	下肢	腿	
	13	颈椎病		颈	颈	
	14	足趾麻木	气喘1～5	下肢	足	
	15	背痛		背	胸	
	16	腰痛	腰痛点、腰腿、坐骨神经	腰	腰	
	17	腰肌劳损	腰痛点 腰腿	腰	腰	

系统	序号	病症	足针	足象针	足全息	其它疗法 针刺、灸、揉、敲、浴
	18	腰椎间盘突出	腰痛点、腰腿	腰	腰	
	19	坐骨神经痛	坐骨神经、坐骨2	腰、下肢	腰	
	20	急性腰扭伤	腰痛点、腰腿	腰	腰	局部推拿法
	21	肥大性脊柱炎	腰痛点、腰腿	腰	腰	
(二)呼吸	1	感冒	头穴、喉穴、心痛点	头部、颈	头、肺心	揉手感冒区 43℃ 盐水泡足 10′
	2	喷嚏	鼻、头	头部、颈	头、肺心	
	3	咳嗽	胸穴	头部、胸腔	肺心	
	4	支气管炎	胸穴	颈、胸腔	肺心	
	5	肺炎	胸穴	胸腔	肺心	
	6	哮喘	痛经1、哮喘、心痛点	胸腔	肺心	轻揉两侧颈动脉搏动处
	7	肺气肿	胸穴	胸腔	肺心	
	8	打鼾	鼻	头部、颈	头	
	9	肺癌	癌根3、胸穴	胸腔	肺心	

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
(一)运动	1	关节炎、关节痛	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位	肾上腺、副甲状腺、淋巴腺
	2	多发性关节炎	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位	肾上腺、胃肠
	3	痛风性关节炎	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位	肾上腺、胃肠、肝、上下身淋巴腺、副甲状腺
	4	风湿、类风湿关节炎	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位	肾上腺、胃肠、肝、上下身淋巴腺、副甲状腺
	5	网球肘	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位、膝部	颈椎、上下身淋巴腺、副甲状腺
	6	腕关节病变	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位、踝部	
	7	肩周炎、肩胛酸痛	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位、斜方肌肩肌肩胛肩腺	颈椎、胸椎、肋骨、髋关节、上下身淋巴腺、副甲状腺
	8	髋关节痛	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位、对应的肩关节	副甲状腺
	9	膝关节积液、疼痛	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位、对应的肘关节	下肢、上下身淋巴腺
	10	踝关节痛	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位、对应的腕关节	脑干、腹腔神经丛、上下身淋巴腺、副甲状腺
	11	上肢酸麻	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位、对应的下肢	上下身淋巴腺
	12	下肢酸麻	肾、输尿管、膀胱	有病及对应部位、对应的髋关节	脊椎、尾骨、坐骨神经、副甲状腺
	13	颈椎病	肾、输尿管、膀胱	颈椎、颈项	脑、肩胛、胸椎
	14	足趾麻木	肾、输尿管、膀胱	对应部位、斜方肌	脊椎
	15	背痛	肾、输尿管、膀胱	脊椎、斜方肌	肩胛、肋骨、副甲状腺、胃肠
	16	腰痛	肾、输尿管、膀胱	脊椎、闪腰点	髋关节、副甲状腺、胃肠、肝、胆
	17	腰肌劳损	肾、输尿管、膀胱	腰椎	脊椎
	18	腰椎间盘突出	肾、输尿管、膀胱	脊椎	胃肠、肝、胆

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
	19	坐骨神经痛	肾、输尿管、膀胱	内、外坐骨神经	脊椎、髋关节、膝、肾上腺、副甲状腺、淋巴腺
	20	急性腰扭伤	肾、输尿管、膀胱	腰椎、闪腰点	骶椎、外肋骨、腹腔神经丛
	21	肥大性脊柱炎	肾、输尿管、膀胱	脊椎	肾上腺、副甲状腺、淋巴腺
(二)	1	感冒	肾、输尿管、膀胱	鼻、喉和气管	肺和支气管、新区气管、扁桃腺、胸淋巴及上下身淋巴、肾上腺、副甲状腺
呼	2	喷嚏	肾、输尿管、膀胱	鼻	肺和支气管、气管淋巴腺
吸	3	咳嗽	肾、输尿管、膀胱	肺和支气管、扁桃腺	鼻、肾上腺、副甲状腺、淋巴腺
	4	支气管炎	肾、输尿管、膀胱	喉和气管	鼻、肾上腺、副甲状腺、淋巴腺、扁桃体
	5	肺炎	肾、输尿管、膀胱	肺和支气管	肾上腺、大肠、副甲状腺、淋巴腺、肝、胃肠
	6	哮喘	肾、输尿管、膀胱	肺和支气管、气管、解溪	肾上腺、大肠、副甲状腺、淋巴腺、心、甲状腺
	7	肺气肿	肾、输尿管、膀胱	肺和支气管	肾上腺、大肠、副甲状腺、淋巴腺、心、甲状腺、喉、胃肠
	8	打鼾	肾、输尿管、膀胱	喉和气管、食道、鼻	腹腔神经丛、肾上腺、大肠、心、上下颚
	9	肺癌	肾、输尿管、膀胱	肺、胸、脾、淋巴腺	垂体、副甲状腺、肾上腺、大肠、心、甲状腺

系统	序号	病症	足针	足象针	足全息	其它疗法
						针刺、灸、揉、敲、浴
(三)	1	食道疾病		颈、胸腔	颈、上肢、肺、心	
消	2	恶心呕吐	胃、里内庭、里陷谷、公孙	头、颈、腹腔	胃脾	二趾趾甲直后方按压
化	3	打嗝、烧心		颈、腹腔、胸腔	胃	揉中指、淋浴喷足心正中
	4	胃痛	胃、里内庭、里陷谷、公孙、坐骨神经	腹腔、上腹	胃脾	
	5	胃肠胀气	胃肠点	腹腔、上腹	胃、下腹	腹式呼吸、15次/分钟
	6	胃肠神经官能症	胃肠点	腹腔、上腹	胃、下腹	
	7	胃酸过多	胃肠点	腹腔、上腹	胃	
	8	慢性胃炎	胃肠点	腹腔、上腹	胃	
	9	胃及十二指肠溃疡	口痢穴、胃肠点	腹腔、上腹	胃	
	10	胰腺炎		腹腔、上腹	胃、十二指肠	
	11	胆结石、胆囊炎	内太冲、内临泣	腹腔、上腹	肝胆	
	12	肝区痛	内太冲、内临泣、内侠溪	腹腔、上腹	肝胆	
	13	消化不良	里陷谷、内侠溪	腹腔	腰、胃脾	
	14	营养不良		头部、腹腔	腰	
	15	横膈疝	内太冲、独阴拇趾纹	腹腔	胃脾、下腹	
	16	肠痉挛、胃痉挛	里陷谷、痢泻宫	腹腔、下腹	下腹	
	17	腹泻	里陷谷、癫痫点、12痢、痢泻宫、肛门	腹腔、下腹	下腹	揉至阴穴和大趾跟部
	18	痢疾	口痢穴	腹腔、下腹	下腹	

系统	序号	病症	足针	足象针	足全息	其它疗法
						针刺、灸、揉、敲、浴
	19	腹股沟疝	内太冲、独阴拇趾纹	腹腔、下腹	下腹	
	20	慢性阑尾炎	阑尾	腹腔、下腹	下腹	膝下阑尾穴、耳部阑尾穴
	21	痔疮	肛门	肛门、下腹、臀	下腹	
	22	肛裂、肛门瘙痒	肛门	肛门、下腹、臀	下腹	
	23	脱肛	肛门	肛门、下腹、臀	下腹	
	24	食道癌（上、中段）	癌根3	颈、胸腔	颈、肺心、上肢	
	25	胃贲门癌、食道癌（下段）	癌根1	腹腔、上腹	胃脾、肺心、上肢	
	26	直肠癌	癌根2	肛门、腹腔、下腹	下腹	
（四）	1	贫血		上下肢、腹腔、腰	肺心	
循环	2	高血压	足心、涌泉、心、内太冲、眩晕点、足心一后隐珠	头部、胸腔	肺心、肾	腹式呼吸（10～15次/分钟）
	3	低血压	心穴、头痛3	头部、胸腔	肺心	背部运动
	4	胆固醇过高	心	腹腔	肝胆	足三里、三阴交

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
（三）	1	食道疾病	肾、输尿管、膀胱	食道	胸、胃、淋巴腺
消	2	恶心呕吐	肾、输尿管、膀胱	胃肠	颈、肝、胆、腹腔神经丛、淋巴腺
化	3	打嗝、烧心	肾、输尿管、膀胱	横膈、胸部	颈、胃、十二指肠、食道、副甲状腺
	4	胃痛	肾、输尿管、膀胱	胃	大、小肠、腹腔神经丛、淋巴腺、肝
	5	胃肠胀气	肾、输尿管、膀胱	胃肠	心、横膈、腹腔神经丛、副甲状腺
	6	胃肠神经官能症	肾、输尿管、膀胱	腹腔神经丛	胃肠
	7	胃酸过多	肾、输尿管、膀胱	胃、十二指肠	食道、小肠
	8	慢性胃炎	肾、输尿管、膀胱	胃	十二指肠、心、肝、胆、副甲状腺
	9	胃及十二指肠溃疡	肾、输尿管、膀胱	胃、十二指肠	腹腔神经丛、副甲状腺
	10	胰腺炎	肾、输尿管、膀胱	胰、十二指肠	胃肠、淋巴腺.
	11	胆结石、胆囊炎	肾、输尿管、膀胱	胆	肝、尿道、淋巴腺、腹腔神经丛、胰
	12	肝区痛	肾、输尿管、膀胱	肝	胆、足背对应足底肝处、副甲状腺
	13	消化不良	肾、输尿管、膀胱	胰（右足为主）胃、脾、淋巴腺	
	14	营养不良	肾、输尿管、膀胱	小肠、心	胃肠、肝、胆
	15	横膈疝	肾、输尿管、膀胱	横膈	胃肠
	16	肠痉挛、胃痉挛	肾、输尿管、膀胱	小肠、腹腔神经丛	胃肠、甲状旁腺
	17	腹泻	肾、输尿管、膀胱	胃肠	淋巴腺
	18	痢疾	肾、输尿管、膀胱	大肠	腹腔神经丛、淋巴腺、脾

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
	19	腹股沟疝	肾、输尿管、膀胱	胃肠	淋巴腺、脾
	20	慢性阑尾炎	肾、输尿管、膀胱	阑尾、盲肠	直肠、淋巴腺、脾
	21	痔疮	肾、输尿管、膀胱	肛门	直肠、胃、肝、副甲状腺、淋巴腺
	22	肛裂、肛门瘙痒	肾、输尿管、膀胱	直肠、肛门	脾
	23	脱肛	肾、输尿管、膀胱	肛门	直肠、横膈、副甲状腺、淋巴腺
	24	食道癌（上、中段）	肾、输尿管、膀胱	食道、脾、淋巴	胃肠、（加肿瘤关联反射区）
	25	胃贲门癌、食道癌（下段）	肾、输尿管、膀胱	胃、脾、淋巴	胃肠、（加肿瘤关联反射区）
	26	直肠癌	肾、输尿管、膀胱	直肠、脾、淋巴	大肠、（加肿瘤关联反射区）
（四）	1	贫血	肾、输尿管、膀胱	肾、脊椎、脾、肝	胃肠、心
循	2	高血压	肾、输尿管、膀胱	降压区、心及心脏组织、肾	大小脑、胃肠、眼、内耳、垂体、颈、腰椎、腹腔神经丛、肾上腺、甲状腺、副甲状腺、前列腺、生殖腺
环	3	低血压	肾、输尿管、膀胱	垂体、心、肺、甲状腺、肾上腺	生殖腺、脊椎、尾椎、胃肠、头、内耳
	4	胆固醇过高	肾、输尿管、膀胱	肝、胆	甲状腺、副甲状腺

系统	序号	病症	足针	足象针	足全息	其它疗法
						针刺、灸、揉、敲、浴
（四）	5	动脉硬化	心	头部、腹腔	肺心	
循	6	心绞痛	心穴、心痛点	胸腔	肺心	内关
环	7	心律失常	心	胸腔	肺心	内关
	8	血液循环障碍	心	头部、胸腔、对应区	肺心	转踝部
	9	淋巴管阻塞	心	胸腔、对应区	对应部位	
	10	静脉曲张	心、病变区	腹腔、下肢、对应区	对应部位	
	11	手足厥冷	心	腹腔、下肢、对应区	对应部位	推拿小腿内侧
	12	胸痛、胸闷	心痛、心、胸穴	胸腔	肺心	
	13	闭塞性脉管炎	气喘1～5、八风	胸腔、对应区、下肢	病变部、肾	
	14	心悸	心痛点		肺心	
（五）	1	炎症、感染		胸腔、腹腔	肝、肾、脾	双足三里
免	2	脾脏疾病		腹腔、上腹	脾	
疫	3	过敏		背、上腹	肝、肾、脾	
	4	红斑狼疮		面、头、背、上腹	肝、肾、脾	
	5	肿瘤	再生、癌根1、2、3	胸腹腔、对应区	肝、背、脾	
（六）	1	头痛	坐骨神经、头、头痛点、眩晕点	头、下肢	头	用拇指、食指夹住大蹈趾甲用力捏压、片刻松开、反复转动小趾
神	2	高血压性头痛	头、头痛（加高血压部）	头、胸部	头	
经	3	鼻疾引起头痛	头、头痛点、眩晕点	头、胸部	头	隐白
	4	感冒恶寒引起头痛	头、头痛点、眩晕点	头、颈	头	至阴
	5	神经性头痛	头、头痛点、眩晕点	头部	头	
	6	偏头痛	内临泣、内侠溪	头部	头、肝胆	足窍阴
	7	神经官能症	神癫穴	头部、腹腔	头、下腹	
	8	面神经麻痹	头、目、口、三叉神经	头部、面	头	
	9	脑震荡	头	头部	头	
	10	神志不清	头	头部	头	

系统	序号	病症	足针	足象针	足全息	其它疗法
						针刺、灸、揉、敲、浴
	11	癫痫	癫痫、神癫、前后隐珠、涌泉、心穴	头部	头、肝	
	12	中风后遗症	头	头部、对应瘫肢	头、对应区	
	13	帕金森氏征	头	头部、对应瘫肢	头、对应区	
	14	失眠	足心、安眠、心、肾、神癫	头部、腹腔	头	敲击百会，揉天柱、压公孙 40℃ 水泡足、40℃ 水洗澡 10′
	15	头晕	头、眩晕点	头	头、肝	
	16	上肢酸痛麻痹		上肢	上肢	
	17	大小腿酸麻		下肢	腿	
	18	植物神经失调		头、腹腔	下腹	公孙、大拇趾、腹背运动、倒走
	19	头顶痛	内太冲、涌泉、再生	头、后头、顶部	头、肝	
	20	小儿惊风	里内庭、涌泉、内太冲、心	头、颈、胸、背	头、肝	
	21	颅内、脊髓肿瘤	再生	头、背、腰、臀	头	
	22	癔病	心、安眠、癫痫	头部、腹腔	头	
	23	三叉神经痛	三叉神经	头部、额	头	
	24	肋间神经痛	胸穴		肝	
	25	精神分裂症	内太冲、里陷谷、内侠溪、安眠穴、足心一后陷珠		下腹、颈、肝、头	
(七)	1	糖尿病引起眼病	目、内临泣、内太冲	头、上腹	头、十二指肠	
五	2	假性近视	目、内临泣、内太冲	头、下腹	头、肝	揉食、中指、太阳穴、转腕、踝、颈
官	3	老花眼	目、内临泣、内太冲	头、下肢	头	
	4	视疲劳	目、内临泣、内太冲	头、颈	头	揉食、中指，拉耳垂，灸行间穴
	5	眼内斜视	目、内临泣、内太冲	头、腹腔	头	

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
(四)	5	动脉硬化	肾、输尿管、膀胱	硬化病变区	肾上腺、肝、胆
循	6	心绞痛	肾、输尿管、膀胱	心、小肠、心对应之足背部	腹腔神经丛、垂体、甲状腺、肺和支气管
环	7	心律失常	肾、输尿管、膀胱	心、小肠、肾上腺	胸部、胃肠、淋巴腺
	8	血液循环障碍	肾、输尿管、膀胱	对应部位、甲状腺	心、脾、肺、肝、颈、肾上腺、副甲状腺
	9	淋巴管阻塞	肾、输尿管、膀胱	淋巴腺、心	腹腔神经丛、肾上腺、副甲状腺
	10	静脉曲张	肾、输尿管、膀胱		心脏、脊椎、肾上腺、副甲状腺
	11	手足厥冷	肾、输尿管、膀胱	淋巴腺、心	额、肺、大肠、胃、小肠、颈、尾骨
	12	胸痛、胸闷	肾、输尿管、膀胱	心、肺	肾上腺、副甲状腺
	13	闭塞性脉管炎	肾、输尿管、膀胱	病变部位	肾上腺、肾、脾
	14	心悸	肾、输尿管、膀胱	脊椎、脾、胸部	淋巴腺
(五)	1	炎症、感染	肾、输尿管、膀胱	脾、淋巴、病变部位	肾上腺、副甲状腺
免	2	脾脏疾病	肾、输尿管、膀胱	脾、胃	扁桃腺、肝、大小肠、淋巴腺、肾上腺
疫	3	过敏	肾、输尿管、膀胱	肾上腺	肝、胆、脾、胃肠淋巴腺、副甲状腺
	4	红斑狼疮	肾、输尿管、膀胱	肺、大肠	肾上腺、副甲状腺、生殖腺、胃、小肠、脊椎、淋巴

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
	5	肿瘤	肾、输尿管、膀胱	病变部位、脾、副甲状腺	扁桃腺、肝、胆、胃肠、肾上腺、淋巴、甲状腺
（六）神经	1	头痛	肾、输尿管、膀胱	脑、腹腔神经丛	眼、耳、鼻、上下颚、颈椎、胃肠、垂体、甲状腺
	2	高血压性头痛	肾、输尿管、膀胱	脑、腹腔神经丛、心	颈（加高血压穴区）
	3	鼻疾引起头痛	肾、输尿管、膀胱	脑、腹腔神经丛、鼻	（加鼻疾病穴区）
	4	感冒恶寒引起头痛	肾、输尿管、膀胱	脑、腹腔神经丛、鼻喉、气管	（加感冒穴区）
	5	神经性头痛	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、三叉神经	颈椎
	6	偏头痛	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、三叉神经、胆	颈椎、腹腔神经丛、额窦、内尾骨
	7	神经官能症	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、垂体、腹腔神经丛	颈椎、脊椎、胸部、甲状腺、副甲状腺、生殖腺、淋巴腺
	8	面神经麻痹	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、三叉神经	泌尿系统、生殖腺
	9	脑震荡	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、腹腔神经丛	颈椎
	10	神志不清	肾、输尿管、膀胱	大、小脑	肾上腺、副甲状腺
	11	癫痫	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、腹腔神经丛	肾上腺、甲状腺、生殖腺、心、垂体
	12	中风后遗症	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、对应肢体、脊椎	内分泌、胃肠、上下颚
	13	帕金森氏征	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、病变肢体	颈、脊椎、胃肠、肾上腺、副甲状腺、淋巴
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	垂体、甲状腺、副甲状腺、胃肠

系统	序号	病症	足针	足象针	足全息	其它疗法 针刺、灸、揉、敲、浴
	4	泌尿系结石		腹腔、下腹	肾	
	5	肾盂肾炎		腹腔、下腹	肾	
	6	膀胱炎		腹腔、下腹	下腹	灸三阴交
	7	肾小球肾炎		腹腔、下腹	肾	
	8	排尿困难（尿潴留）	膀胱、生殖器	腹腔、下腹	下腹	喝咖啡或小豆汤、坐浴使下身温暖
	9	尿失禁	膀胱、尿点	腹腔、下腹	头、下腹	
	10	尿毒症		腹腔	肾	
（十）	1	附件炎	痛经2	腹腔、下腹	下腹	
生	2	月经不调	内太冲、生殖器、独阴、痛经1	腹腔、下腹	下腹	三阴交、血海
殖	3	痛经	内太冲、痛经1、2独阴	腹腔、下腹	下腹	
	4	阴道炎		腹腔、会阴	下腹	
	5	输卵管炎	痛经2	腹腔、下腹	下腹	
	6	宫颈炎	痢泻宫、痛经1	腹腔、下腹	下腹	
	7	卵巢囊肿、炎症	痛经2	腹腔、下腹	下腹	
	8	子宫肌瘤	癌根2	腹腔、下腹	下腹	
	9	子宫内膜异位症		腹腔、下腹	下腹	
	10	子宫脱垂		腹腔、下腹	下腹	
	11	妊娠呕吐		腹腔、下腹	下腹	百会
	12	缺乳		头、胸腔	肺心	
	13	乳腺病		头、胸腔	肺心	
	14	急性乳腺炎	内临泣、内太冲、胃	胸腔、腹腔	肺心	
	15	前列腺疾病		腹腔、下腹	下腹	
	16	阳萎		会阴	下腹	
	17	早泄		会阴	下腹	转动踇趾
	18	性功能低下		头、腹、下腹、会阴	下腹	踇趾、2趾、5趾、跟腱
	19	不孕症		头、腹、下腹、会阴	下腹	女：小趾、太溪 男：踇趾、太冲、隐白
	20	乳腺癌	癌根3	胸腔、腹腔、上腹	肺心	
	21	胎盘滞留	独阴	腹腔、下腹	下腹	
	22	功能性子宫出血	内太冲、痛经1、2	腹腔、下腹	下腹	
	23	带下病	内太冲、痛经1、2	腹腔、下腹	下腹	

系统	序号	病症	足反射区按摩 基本反射区	直接反射区	关联反射区
（八）	5	副甲状腺疾病	肾、输尿管、膀胱	副甲状腺	甲状腺
内	6	脑垂体瘤	肾、输尿管、膀胱	垂体	头部
分	7	肾上腺疾病	肾、输尿管、膀胱	肾上腺	垂体
泌	8	胸腺疾病	肾、输尿管、膀胱	胸	脾、扁桃腺、肾上腺、淋巴腺
	9	更年期综合征	肾、输尿管、膀胱	生殖腺、头	垂体、颈、前列腺、肾上腺、副甲状腺、腹腔神经丛
	10	儿童发育不良	肾、输尿管、膀胱	垂体	胃肠
（九）	1	肾脏疾病	肾、输尿管、膀胱	肾上腺、肾	输尿管、膀胱、胃、肝、胰、大小肠
泌	2	泌尿道炎症	肾、输尿管、膀胱	肾、输尿管、膀胱、尿道	副甲状腺、大小肠、淋巴腺
尿	3	血尿、脓尿、蛋白尿	肾、输尿管、膀胱	肾、输尿管、膀胱、尿道	肾上腺、胃肠、副甲状腺、淋巴腺
	4	泌尿系结石	肾、输尿管、膀胱	肾、输尿管、膀胱、尿道	淋巴腺

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
	5	肾盂肾炎	肾、输尿管、膀胱	肾、淋巴腺	甲状腺、副甲状腺、生殖、胃肠、肝胆
	6	膀胱炎	肾、输尿管、膀胱	膀胱、输尿管、肾	淋巴腺
	7	肾小球肾炎	肾、输尿管、膀胱	肾、膀胱、肾上腺	甲状腺、副甲状腺、生殖腺
	8	排尿困难（尿潴留）	肾、输尿管、膀胱	尿道、膀胱	加强肾、输尿管
	9	尿失禁	肾、输尿管、膀胱	尿道、头部（大小脑）	垂体、脊椎、前列腺、副甲状腺、脾
	10	尿毒症		肾、输尿管、膀胱	肾上腺、心、脾、胃肠、淋巴、副甲状腺
（十）生殖	1	附件炎	肾、输尿管、膀胱	卵巢、骨盆腔、子宫	阴道、淋巴腺、垂体、腹股沟、甲状腺、副甲状腺
	2	月经不调	肾、输尿管、膀胱	生殖腺、放松腹部、子宫	垂体、甲状腺、腹腔神经丛、肾上腺、副甲状腺
	3	痛经	肾、输尿管、膀胱	放松腹部、子宫、卵巢	垂体、甲状腺、腹腔神经丛、肾上腺、腰骶椎、腹股沟
	4	阴道炎	肾、输尿管、膀胱	阴道、子宫	淋巴腺
	5	输卵管炎	肾、输尿管、膀胱	输卵管、卵巢	淋巴腺、副甲状腺
	6	宫颈炎	肾、输尿管、膀胱	子宫、阴道	卵巢、垂体、肾上腺、甲状腺、淋巴腺
	7	卵巢囊肿、炎症	肾、输尿管、膀胱	卵巢、子宫	阴道、垂体、肾上腺、甲状腺、淋巴腺
	8	子宫肌瘤	肾、输尿管、膀胱	子宫、卵巢	副甲状腺、肾上腺、淋巴腺
	9	子宫内膜异位症	肾、输尿管、膀胱	子宫、卵巢	副甲状腺、垂体、肾上腺、甲状腺
	10	子宫脱垂	肾、输尿管、膀胱	子宫、卵巢	
	11	妊娠呕吐	肾、输尿管、膀胱	胃、腹腔神经丛、放松腹部	横膈、颈、肝、甲状腺、肾上腺
	12	缺乳	肾、输尿管、膀胱	胸、垂体	胸淋巴、上身淋巴、肾上腺、甲状腺
	13	乳腺病	肾、输尿管、膀胱	胸	垂体、副甲状腺、肾上腺、子宫、生殖腺
	14	急性乳腺炎	肾、输尿管、膀胱	胸、生殖腺	垂体、淋巴腺、脾、输卵管
（十）生殖	15	前列腺疾病	肾、输尿管、膀胱	前列腺、睾丸	垂体、淋巴腺、尿道、肾上腺、副甲状腺、生殖腺
	16	阳萎	肾、输尿管、膀胱	睾丸、前列腺	垂体、甲状腺、颈部、肾上腺
	17	早泄	肾、输尿管、膀胱	睾丸、前列腺、阴茎	大小脑、腹股沟、肾
	18	性功能低下	肾、输尿管、膀胱	性腺、前列腺	垂体、腹股沟、尿道
	19	不孕症	肾、输尿管、膀胱	性腺、前列腺、阴茎/阴道	垂体、甲状腺、副甲状腺、肾上腺、肾、脊椎
	20	乳腺癌	肾、输尿管、膀胱	病变部位、脾	垂体、甲状腺、副甲状腺、肾上腺、扁桃、子宫、生殖、淋巴腺
	21	胎盘滞留	肾、输尿管、膀胱	子宫、垂体	生殖腺
	22	功能性子宫出血	肾、输尿管、膀胱	子宫、垂体	生殖腺
	23	带下病	肾、输尿管、膀胱	子宫、垂体	生殖腺

系统	序号	病症	足针	足象针	足全息	其它疗法
						针刺、灸、揉、敲、浴
（十一）皮肤	1	皮疹	扁桃 1	胸腔、下腹、对应部位	对应部位	粗盐滴水搓皮肤、少吃盐、多吃蔬菜
	2	皮肤粗糙、色素沉着		胸腔、下腹、对应部位	对应部位	
	3	皮肤过敏		胸腔、下腹、对应部位	肺心	
	4	湿疹		胸腔、下腹、对应部位	对应部位	
	5	痤疮		头、面、额、腹、下腹	头、下腹	

系统	序号	病症	足针	足象针	足全息	其它疗法 针刺、灸、揉、敲、浴
	6	牛皮癣		胸、下腹、对应部位	对应部位	
	7	荨麻疹	肩荨、扁桃1	胸、下腹、对应部位	对应部位	
	8	带状疱疹		胸、下腹、对应部位	对应部位	
	9	烫伤与烧伤		胸、下腹、对应部位	对应部位	
	10	脱发、斑秃		头、胸、腹	头	
	11	脚气	气喘1～5	下肢	足	
(十二)康复保健	1	精力衰退	心	头、颈	头、颈	食疗、当归、西洋参、竹笋
	2	健忘	心	头、颈、下肢	头、颈	
	3	醉酒		头、颈	头、颈、胃、十二指肠	多喝水、解溪、太白、小趾
(十三)急救	1	虚脱、休克	心、涌泉	头、颈、上肢、胸腺	胃、肾	内关
	2	食物中毒		头、颈、胸、腹	胃、肾	
	3	外伤后昏迷不醒	心	头、颈、胸、腹	头、颈	

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
(十一)皮肤	1	皮疹	肾、输尿管、膀胱	病变部位	肾上腺、副甲状腺、胃肠
	2	皮肤粗糙、色素沉着	肾、输尿管、膀胱	肺、大肠	胸、甲状腺、十二指肠、垂体、生殖
	3	皮肤过敏	肾、输尿管、膀胱	肺、大肠、肾上腺	肝、胆、肾、小肠、副甲状腺、脾、淋巴腺
	4	湿疹	肾、输尿管、膀胱	肺、大肠、肾上腺	胃、副甲状腺、淋巴腺、肾上腺
	5	痤疮	肾、输尿管、膀胱	肺、大肠	胃、肝、胆、垂体、副甲状腺、脾、生殖、肾上腺
	6	牛皮癣	肾、输尿管、膀胱	肾上腺、脾、肾、病变部位	胃、肝、副甲状腺、大小肠
	7	荨麻疹	肾、输尿管、膀胱	肾上腺、脾	副甲状腺、淋巴腺
	8	带状疱疹	肾、输尿管、膀胱	肾上腺、副甲状腺	肝、脾、淋巴腺
	9	烫伤与烧伤	肾、输尿管、膀胱	病变肢体	肝、副甲状腺、淋巴腺、肾上腺
	10	脱发、斑秃	肾、输尿管、膀胱	头、肺、大肠	垂体、甲状腺、生殖腺、副甲状腺、胃肠、淋巴、肾上腺
	11	脚气	肾、输尿管、膀胱	肺、大肠	肾上腺、脾、淋巴
(十二)康复保健	1	精力衰退	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、肾	生殖腺、前列腺
	2	健忘	肾、输尿管、膀胱	大脑	颈、颈椎、肝
	3	醉酒	肾、输尿管、膀胱	大、小脑	胃、十二指肠、肝、平衡器官、肾
(十三)	1	虚脱、休克	肾、输尿管、膀胱	心脏、肾上腺	脑干、肺、淋巴腺

系统	序号	病症	足反射区按摩		
			基本反射区	直接反射区	关联反射区
急救	2	食物中毒	肾、输尿管、膀胱	肝、胃肠	胆、肾上腺、副甲状腺、淋巴腺
	3	外伤后昏迷不醒	肾、输尿管、膀胱	大、小脑、心、受伤脏腑	肾上腺、甲状腺、副甲状腺、眼、内耳、上下颚、淋巴、受伤对应部位（手～脚，腕～踝，肘～膝，前臂～小腿，上臂～大腿，尾骨～颈椎，肩～髋，肩胛～骨盆）

第二十五章　小儿全息推拿疗法

推拿是我国传统医学的组成部分之一，它的理论基础离不开阴阳五行、脏腑经络、营卫气血，诊断治疗遵循着四诊八纲，辨证论治。这些理论和原则的主导思想是整体观念和天人相应。它们反映了自发性的全息论内容，本书基础部分都已作了论述。

推拿是中医学众多的治法之一，它是在特定的部位、穴区、穴位上施术，治疗全身各脏腑器官部位的疾病。身体各个部位、穴区都是整体的缩影，穴点都是各脏腑器官在体表的相应敏感点，所以推拿无疑是全息医学的一部分，全称应是“全息推拿疗法”。

现仅以小儿全息推拿疗法为例予以简要介绍。

第一节　小儿全息推拿疗法理论基础

一、小儿推拿与阴阳五行的关系

小儿推拿由来已久，它是在中医基础理论上不断发展成熟完善的，在这过程中阴阳五行学说有效地指导着小儿推拿理论与实践，如推拿手法来说有阴阳之分，古代按摩八法即分阴阳两大类，并指出阳性手法用力较重称刚术，阴性手法用力较轻称柔术。故手法轻刺激小，比较柔和，有补益作用的推、摩、运、揉等手法属阴性手法；手法用力较重，刺激性大，比较刚至有力，有泻下作用的掐拿，挤捏等手法为阳性手法。尽管疾病的临床表现错综复杂，千变万化，但不外阴证、阳证两大范畴。疾病的变化也是阴阳消长、转化的结果，这就需要根据人体病变的趋向来决定治疗的方法。如《素问·阴阳应象大论》曰“其在皮者，汗而发之；慓悍者，按而收之，其实者散而泻之。审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其气血，各守其乡，血实宜决之，气虚宜掣引之”。推拿正是根据阴阳理论及上述治疗原则把手法和经络穴位密切地结合在一起，扶正祛邪以调理阴阳之平衡。

五行学说是我国朴素的唯物辩证法，五行的概念是阴阳互相作用的产物，小儿推拿不论在穴位的命名、治疗法则的确定与五行密切相关。穴位的命名如心火、肝木、脾土、肺金、肾水等；在治则方面《小儿按摩经》提出小儿推拿当视病之虚实，“虚则补其母，实则泻其子”。如小儿肺气虚时可推补脾土即其培土生金之意；小儿肝木盛时，除平肝木外往往加补脾土以健脾胃，此即《小儿推拿秘诀》中提到的“见肝之病知肝传脾当先实脾”之意，防止木克脾土之法。临床上尚有“佐金平木”、“补火生土”“壮水制火”“滋水涵木”“扶土抑木”等根据五行生克规律及临床实践归纳出的方法，对临床实践和疾病的预防保健仍有指导意义。

二、小儿推拿与脏腑经络的关系

脏腑和经络是人体重要组成部分，脏腑学说和经络学说指导小儿推拿医疗实践有着不可分割的关系。人体是由各组织器官通过经络贯穿，内属脏腑外络肢节；“有诸内，必形诸外”，内脏的病变可表现于外，根据脏腑功能所至，从外在的表现可推断病变属何脏何腑，从而选取恰当的部位或穴位施行手法。如小儿食欲不振，唇白舌淡，便溏肠鸣，四肢

肌肉消瘦等属于脾之运化失常，治疗时即应以脾经穴为主施治。小儿推拿穴位呈面状分布为多，手法操作亦是直接作用于皮肤，通过手法对体表经络穴位的刺激治疗内脏疾病。小儿推拿与皮部的关系也很密切，十二皮部是十二经脉机能活动反映于体表的部位，也是经气所输注和布散之处。皮部和经脉络脉的密切关系是通过经脉和络脉联系腧穴，敷布气血至全身，并输送经气达于经筋皮部，从而保证了全身组织器官以及皮部的正常功能活动。十二经络所行止的皮肤部位也是十二经络在皮部的分属部位。皮部属于人体的最外层，所以它是保护机体防御外邪的第一道屏障。在病理上，外部的邪气可通过皮部而侵入络脉，经脉，以至脏腑；在邪气入侵皮部的时候能及时治疗，病就会很快痊愈，故《素问·阴阳应象大论》中指出："故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏……"当病邪刚侵入皮部，尚未到经脉脏腑时抓紧时机治疗就会收到事半功倍的效果。

小儿推拿就是根据以上的原理，根据古人实践经验总结，正确运用推拿手法，在体表经络皮部系统加以一种有规则的刺激达到治病的目的。这种对体表的刺激通过经络作用使其所属的各有关脏腑受滞的气血得以流畅，人体各机能得以恢复与增强。

三、小儿推拿与辨证论治的关系

辨证论治就是通过四诊、八纲、脏腑、经络、病因、病机等中医基础理论对患者表现的症状、体征进行周密的综合分析，辨别为某证某病，进而拟定出相应的治疗措施，它是理、法、方、穴用于临床的过程，是中医小儿推拿指导临床的理论基础。正确诊断来源于四诊，归纳于八纲。四诊是望、闻、问、切四种诊病方法的总称，祖国医学认为"小儿病于内，必形于外"对疾病的临床表现进行详尽的认识，综合归纳的过程。但由于小儿脏腑娇嫩，形气未充，形体结构和生理功能都不成熟、不完善；即五脏六腑的形和气相对不足，但是小儿的特点是生机蓬勃，发育迅速，体格智力，脏腑功能，均不断向完善成熟发展；发病容易，传变迅速和脏气清灵，易趋康复。这是儿科辨证论治的重点。由于小儿的生理、病理、生长发育和病情反应均与成人有别，且婴儿不会言语，较大的小儿也往往不能正确诉说病情，加上就诊时常常啼哭叫扰，影响脉息，给诊断造成困难，所以历代儿科医家都很重视望诊，并在这方面积累了较丰富的经验，使临床辨证论治的手段更加全面完善。在望诊时"皆以望面色，审苗窍为主"因为小儿肌肤娇嫩反应灵敏，脏腑病证每能形诸于外，比成人更为明显，望诊中包括望神气，望形态，审苗窍，辨斑疹，察二便，看指纹等，整体与局部望诊相结合，再参照问闻切三诊对疾病作出全面的分析，根据四诊所得的各种临床资料进行分析，综合归纳所得的关于疾病的部位、性质及邪正盛衰等方面的情况，分明阴阳、表里、寒热、虚实八纲。小儿推拿必须审明病因部位和性质，抓住主要矛盾，分清标本缓急，然后针对性地进行施术，按八纲的不同手法有别，更因人而异对症施治。

四、小儿推拿与自然环境的关系

小儿与自然环境有着不可分割的对立统一关系，自然环境的变化，直接或间接地影响小儿。小儿生理和病理变化，常随气候变迁而有所差异，这种"天人合一"的观念有效地指导着临床实践。例如四时感冒，夏季则腠理开疏，常自汗出，一般治疗时不宜过用发汗解表之法，以免汗多表虚，津伤致变，因此手法宜轻柔，介质也常用滑石粉、薄荷水、温水之类；冬季则腠理致密，不易出汗达邪，一般须使用发汗作用较强的疏邪解表的手法，

如四大手法，揉外劳宫等，而在介质方面则常宜用葱汁，姜汁等辛温解表药物，才能达到邪从汗解的目的，这种因时而异的治疗方法，叫做“因时制宜”。

我国土地辽阔，东南西北中地理条件不同，因此同一种病，各地治疗手法亦略有差异。例如，北方之寒，气候偏燥，南方多湿，气候偏温，故北方地区小儿手法宜轻些，在潮湿地区手法就应适当重些，施术的时间也相应长些。这种因地而异的治疗手法，叫做“因地制宜”。但是，疾病是通过人体表现出来的，由于小儿的体质、年龄不同，相应地在治法上，也就有所差异；由于小儿脏腑娇柔，形气未充，四时气候变化，对小儿具有一定的影响，同一种病，而各地治疗亦有差异，但小儿推拿治疗强调，因时因地而宜制定治疗方案，并要注意顾护胃气，不可一味用手法攻伐，以免邪去正伤，胃气难复。

小儿患病，除了用手法治疗外，尚须减少活动，使其得到充分休息，并宜调摄饮食，即可告愈，正如《幼儿集成》所云：“凡有微疾不用仓忙，但令乳母严戒油腻晕酒，能得乳汁清和，一二日间方不药自愈”。说明小儿很多疾病，应当注意休息，调摄饮食告诫乳母怡心养神，并在安静舒心的环境中，以安适其心，对推拿治疗小儿疾病均有明显的影响。

总之，小儿推拿与自然环境有密切的关系，推拿治病必须因时、因地制宜，深入细致分析病情及各种致病因素，灵活选择相应的穴区及手法，才能获得较好的治疗效果。

五、小儿推拿与全息医学的关系

前面已述小儿推拿在整体观念指导下应用阴阳学说，脏腑学说和经络学说，阐明了脏腑与体表之间，人体局部与整体之间在生理、病理、诊断、治疗诸方面都是全息相关的。如在诊断方面，小儿推拿重视望诊，如面部全息之观察面部的神色，以五部配五脏，左腮为肝，右腮为肺，额上为心，鼻为脾，颏为肾；以五行学说作解释，左颊青龙属肝，右颊白虎属肺，天庭高而离阴心火，地阁低而坎阴肾水，鼻在面中脾之应，并认为面部气色为十二经脉总观之处，色泽的不同可说明病情的变化。都是中医小儿推拿诊断中体现的全息原则。

再以小儿推拿治疗来说，应用于指掌面罗纹面的经脉分属即拇指为脾经，食指为肝经，中指为心经，无名指为肺经，小指为肾经，手指掌面第一节的脏腑分属即拇指为胃，食指为大肠，中指为小肠，无名指为三焦，小指为膀胱，而手掌面又有以八卦分布所代表的脏腑重要穴区，形成不同的全息元，以其穴区与整体的全息对应关系，用推拿手法均可治疗全身疾病。全息医学的诞生确为小儿推拿的理论和机理研究开拓了新境界，对小儿推拿的推广应用定有助益。

第二节　小儿全息推拿常用手法

小儿推拿常用的手法有：推、拿、按、摩、掐、运、搓、揉、摇等。

一、推法

可分为直推法，分推法，合推法等。

直推法：用拇指桡侧或指面、或食、中二指面在穴位上作直线推动。

两手拇指面自一点推向两边，称作分推。两拇指自两边推向一点称作合推。

适用部位：头面、上肢、下肢、指、胸、胁间、腹、背部。

二、拿法

用拇指与食中指相对捏住某一部位或穴位，逐渐用力内收并持续揉捏的动作即所谓捏，而提起谓之拿。

适用部位：肘关节、膝关节、枕部、肩部。

三、按法

按法是医者用拇指或中指指端，或掌心根在选定的穴位上用力向下按压，一压一放的反复进行，称为按法。

适用部位：全身所有穴位或部位均适用。

四、摩法

医者用食、中、无名、小指指面或掌面放在穴位上，以腕关节屈伸，前臂旋转为主的做环形有节律地环旋摩动，谓之摩法。

适用部位：头面、腹、胸、背部等。

五、掐法

医者以拇指甲压掐于选定的穴位上，逐渐用力掐入穴位谓之掐法。

适用部位：穴位，特别是敏感点。

六、揉法

以拇指或食、中指腹，或大鱼际部，着力于患者一定部位上，以腕关节回旋动作，作顺时针或逆时针方向旋转活动，称揉法。

适用部位：头、面、腹、背部及全身各穴。

七、运法

以拇指或食、中指腹，着力于一部位上，由此及彼或由彼及此，作弧形或环形反复运转谓之运法。

适用部位：头、面部、手、掌心等。

八、搓法

双手挟住一定部位，相对用力作快速而有节奏的来回搓动，谓之搓法，搓动要快，移动要慢。

适用部位：上肢、下肢、胁、肋。

九、摇法

医者用手托扶关节近端，右手握住关节远端，作较大幅度运转或摇动称为摇法。

适用部位：头、颈、四肢关节及手足小关节。

第三节　小儿推拿全息穴点(穴区)

一、头面部（见图25－1，25－2）：

（一）天门

【位置】　两眉中（印堂穴）至前发际成一直线。

【操作方法】　两拇指自眉心向额上交替直推称开天门，30～50次。

【临床应用】　开天门能疏风解表，开窍醒脑，镇静安神，外感内伤均宜用此法，常用于外感发热，头痛，无汗等症，常与运太阳，推坎宫等合用，若惊惕不安，烦躁不宁、

多与清肝经，按揉百会等配伍应用，对体质虚弱，出汗较多患儿慎用。

（二）坎宫（眉弓）

【位置】　自眉头至眉梢成一横线，一说在眉上一寸处成一横线。

【操作方法】　两拇指自眉头向两侧眉梢作分推，称推坎宫，亦称分头阴阳，30～50次。

【临床应用】　推坎宫能疏风解表，醒脑明目，止头痛。常用于外感发热，头痛，多与开天门，运太阳等合用；若用于治疗目赤痛，多与清肝经，掐揉小天心，清天河水等合用。

（三）太阳穴

【位置】　眉梢后下凹陷处。

【操作方法】　两拇指桡侧，或用两中指端作运法，称运太阳。（有向眼方向运为补，向耳方向运为泻之说）30～50次。

【临床应用】　运太阳能疏风解表，清热明目，止头痛。常用于外感发热，若外感表实头痛可用泻法，若外感表虚，内伤头痛用补法。

（四）耳后高骨

【位置】　耳后乳突微下陷中。

【操作方法】　用两拇指或中指端揉，30～50次。

【临床应用】　揉耳后高骨，能清热息风，镇惊安神，能治感冒头痛，惊风，烦躁不安，神昏，常与开天门，推坎宫、运太阳联合应用，称作“四大手法”。

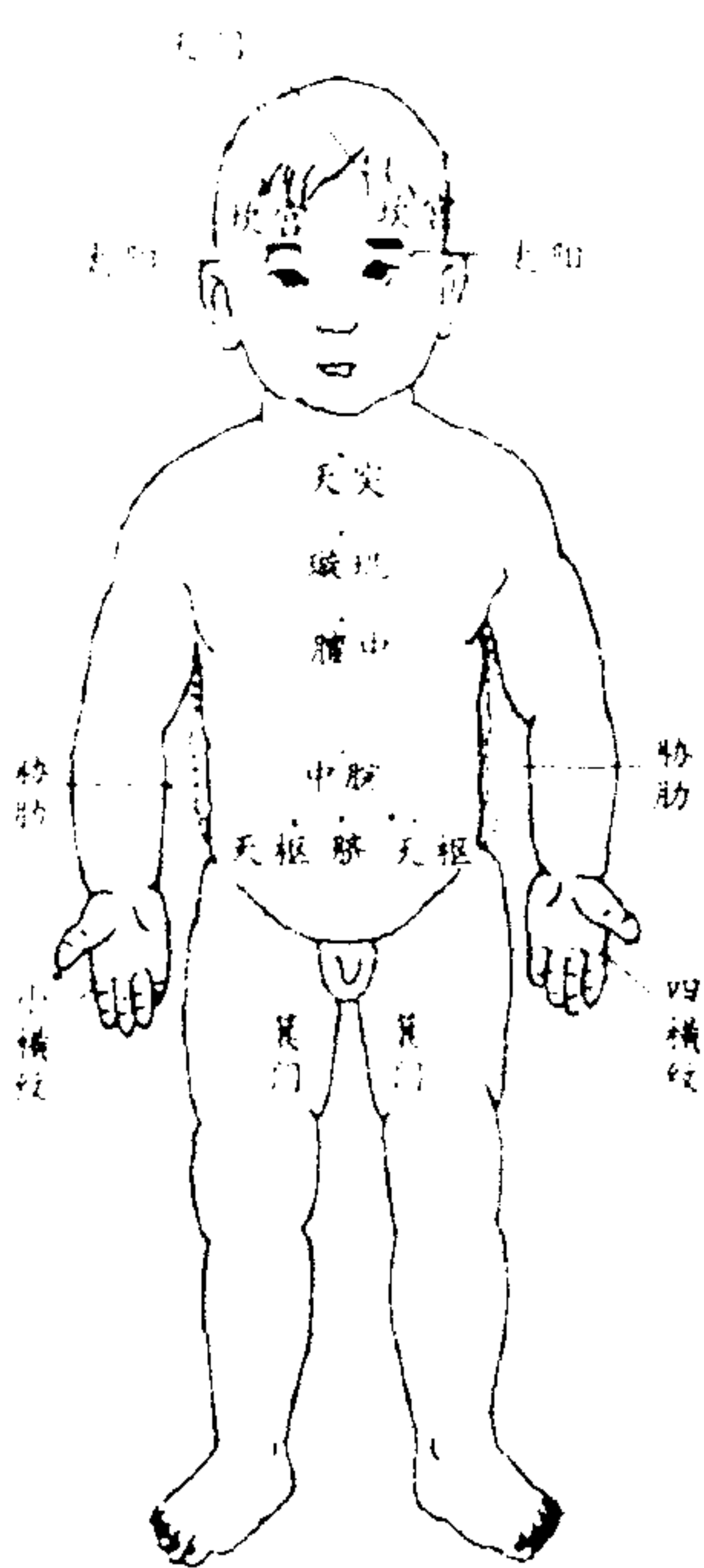


图25－1

（五）天柱骨

【位置】　颈后发际正中至大椎穴成一直线

【操作方法】　用拇指或食中指自上向下直推称推天柱骨，100—500次。

【临床应用】　本穴有顺气降逆，清热解表，祛风镇痛的作用。或治疗呕吐，恶心、外感发热，项强等症。多与清板门，揉中脘等合用治疗外感发热，可与四大手法合用；以上诸法，既可用拇指面，或食中指面作直推法，也可用瓷汤匙边蘸姜汁或清水自上而下，轻轻下刮至局部皮下轻度瘀血即可，可治暑热发痧其效尤佳。

二、胸腹部（见图25－1）

（一）璇玑

【位置】　天突穴下一寸，胸骨柄中央，属任脉。

【操作方法】　1．沿胸肋自上而下向左右两旁分推，称为开胸；2．沿胸肋分推后，再向鸠尾处（向脐上）直推；最后摩腹，称为开璇玑。

【临床应用】　具有理气化痰，降逆止呕的作用，开璇玑常与膻中、气海穴配用，凡小儿气促胸高，风寒痰闭，夹食腹痛，呕吐，泄泻、发热，抽搦，昏迷不醒，一切危重症，可置患儿于密室中，解开衣衫、医者用两手大指蘸姜葱热汁，在病儿胸前左右横推300次，再从脐中推至气海300

次，再摩脐60次，再自脐中推向小腹60余次，对治疗小儿发热，气急，痰喘，胸闷，呕吐，厌食，腹泻等均有良好效果。

（二）胁肋

【位置】 从腋下两胁至天枢穴处。

【操作方法】 以两掌从腋下搓摩至天枢处，称搓摩胁肋，古称按弦走搓摩。50～100次。

【临床应用】 此法有顺气化痰作用，能除胸闷，消积聚，主治痰喘气急，痰涎壅盛，肝脾肿大等症，由于此法性开而降，故对脾胃虚弱，中气下陷，或肾不纳气者慎用。

（三）腹

【位置】 腹部

【操作方法】 用两手拇指自中脘穴斜下分推至腹两旁称为分腹阴阳；医者以食、中、无名、小指四指指面或掌心，在腹部按顺时针或逆时针方向作摩法称摩腹。分腹阴阳100～200次，摩腹5分钟。

【临床应用】 分腹阴阳能消食理气，善治饮食停滞、胃气上逆引起的恶心呕吐，腹胀等症，临床多与运八卦，推脾经，按揉足三里等配用。治小儿厌食多与清板门，运内八卦、捏脊等配合。摩腹能健脾和胃，理气消食，逆时针方向摩为补法，单用补法能健脾止泻、用于脾虚寒湿型的腹泻；作顺时针方向摩为泻法，有消食导滞的作用，故常用于腹胀，厌食，伤乳、食泻，便秘等症，多与分腹阴阳，按弦走搓摩配合应用。

（四）脐

【位置】 肚脐

【操作方法】 医者用中指端置脐上作揉法，称揉脐；以食、中、无名三指指面或掌面作摩法，称摩脐。揉脐与摩脐，逆时针方向为补，顺时针方向为泻，往返揉之为平补平泻。揉100～300次，摩5分钟。

【临床应用】 摩脐补法有温阳散寒，益气补血的作用，可治疗虚寒，湿证，多用于呕吐，脾虚泻，肾虚泄泻，慢性痢疾，气虚脱肛，遗尿等证，常与推上七节骨配合应用，本穴能消能下，用于治疗湿热型泄泻，时行痢疾，内热便秘，实热型脱肛；平补平泻手法多用于先天不足，后天失调的乳食停滞，伤乳食泻，厌食等症，为儿童保健法，有强壮身体的作用。

三、腰背部（见图25－2）

（一）脊柱

【位置】 大椎至长强穴成一直线。

【操作及临床应用】 医者以食中二指面自上而下作直推，称推脊柱，推100～300次，有调气补虚，镇惊安神作用。用于小儿夜啼不安，病后虚热等症。

医者用拇指桡侧缘顶住皮肤，食，中两指前按，三指同时从尾端提捏起皮肤，直至大椎称捏背，一般捏3～5遍。此法能调阴阳，理气血，和脏腑，通经络，常用于小儿疳积，厌食，腹泻，呕吐，便秘，惊风，夜啼等症，用时可配合足太阳膀胱经相应的俞穴，如：小儿厌食可加按、揉脾俞、胃俞穴，以加强疗效。

（二）七节骨

【位置】 第四腰椎至尾椎骨端（长强穴）成一直线。

【操作及临床应用】 用拇指桡侧面或食、中二指面自下而上，或自上而下直推，称推上七节骨，或推下七节骨。一般推 100～300 次。推上七节骨，有温阳止泻作用，可治疗腹泻，脱肛，遗尿等症，常与补脾经，补大肠同用；推下七节骨可泻热通便，多用于肠热便秘，痢疾初起等症，常与清大肠，运内八卦等配合应用。

四、上肢部（见图 25－1、25－3）

（一）脾经

【位置】 拇指末节罗纹面，或拇指桡侧缘成一线。

【操作及临床应用】 医者用拇指循患儿拇指罗纹面或其桡侧边缘从指尖推向指根为补脾经，能健脾胃，补气血，用于脾胃虚弱，气血不足而引起的食欲不振，肌肉消瘦，消化不良，食少而便多等症，多与推三关，捏脊等法合用。

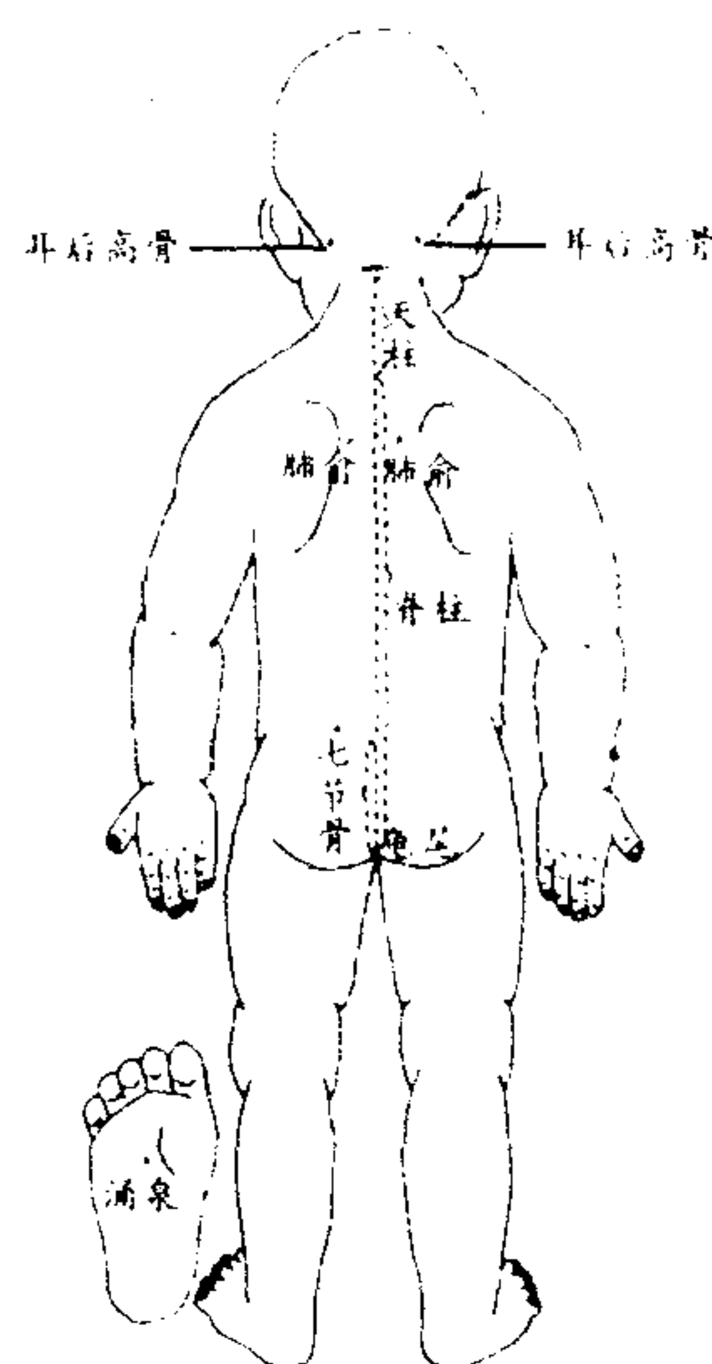


图 25－2

如自拇指指根推向指尖，为清脾经，有清热利湿，化痰止咳喘之功，凡有湿热熏蒸，皮肤发黄，身热不扬，恶心呕吐，腹泻下痢等症均可清之，多与清天河水，清肺经，揉小天心，推小肠等合用。医者在拇指罗纹面上作来回推，称为平补平泻，本法能和胃消食，增进食欲，用于饮食停滞，脾胃不和而引起的胃脘痞满，吞酸纳呆，腹泻，呕吐等症，以清补脾经为宜，与运内八卦，揉板门，分腹阴阳等合用；对于湿热留恋，久而不返，或外感发热，兼湿者，可用清补脾经 20～30 分钟，待微汗出，效果较好，因小儿脾胃柔弱，一般不宜攻伐太过，在一般情况下，脾经穴多用补法，邪实体壮者方可用清法。

小儿由于体虚，正气不足，患斑疹热病时宜用补脾气，久推之，可使隐疹透出，但手法宜快，用力宜重，乃补中有泻之意。

（二）肝经

【位置】 食指末节罗纹面。

【操作与临床应用】 医者以拇指面自患者食指面末节指横纹起向指尖推，称为清肝经（反之则为补肝经）。一般 100～500 次。有平肝泻火，解郁除烦，养阴柔肝，调气生血的作用，故常用于小儿惊风，抽搐，口苦咽干等症，常与清心经，掐揉小天心，补肾经合用。肝经宜清不宜补，若肝经虚应补时，则需补后加清，或以补肾经代之，称为滋肾养肝法。

（三）心经

【位置】 中指末节罗纹面。

【操作及临床应用】 以拇指面自患儿中指掌面末节指横纹推向指尖，称为清心经，一般推 100—500 次。有清热退心火的作用，用于高热神昏，五心烦热，口舌生疮等症，多与清天河水，退六腑，清小肠经等合用。

医者自中指端推向指间横纹称为补心经，有补益心血，养心安神等作用，常用于气血虚弱，心烦不安，睡卧露睛等症，多与补脾经，推三关，揉二马等合用。本穴宜用清法，不宜久用补法，必需补时可补后加清，恐动心火之意。

（四）肺经

【位置】　无名指末节罗纹面。

【操作及临床应用】　自无名指掌面末节横纹推至指尖为清肺经，能清肺泻热，止咳化痰，用于感冒风热，肺热痰喘，肺胃实热，大便秘结，麻疹不透等症，常配合清天河水，退六腑，推揉膻中，运内八卦等合用。

反之自指尖推向指横纹称补肺经，有补益肺气的作用，用于肾虚损，咳嗽，气喘等症，常与补脾经，推三关，揉肾顶，揉二马等合用

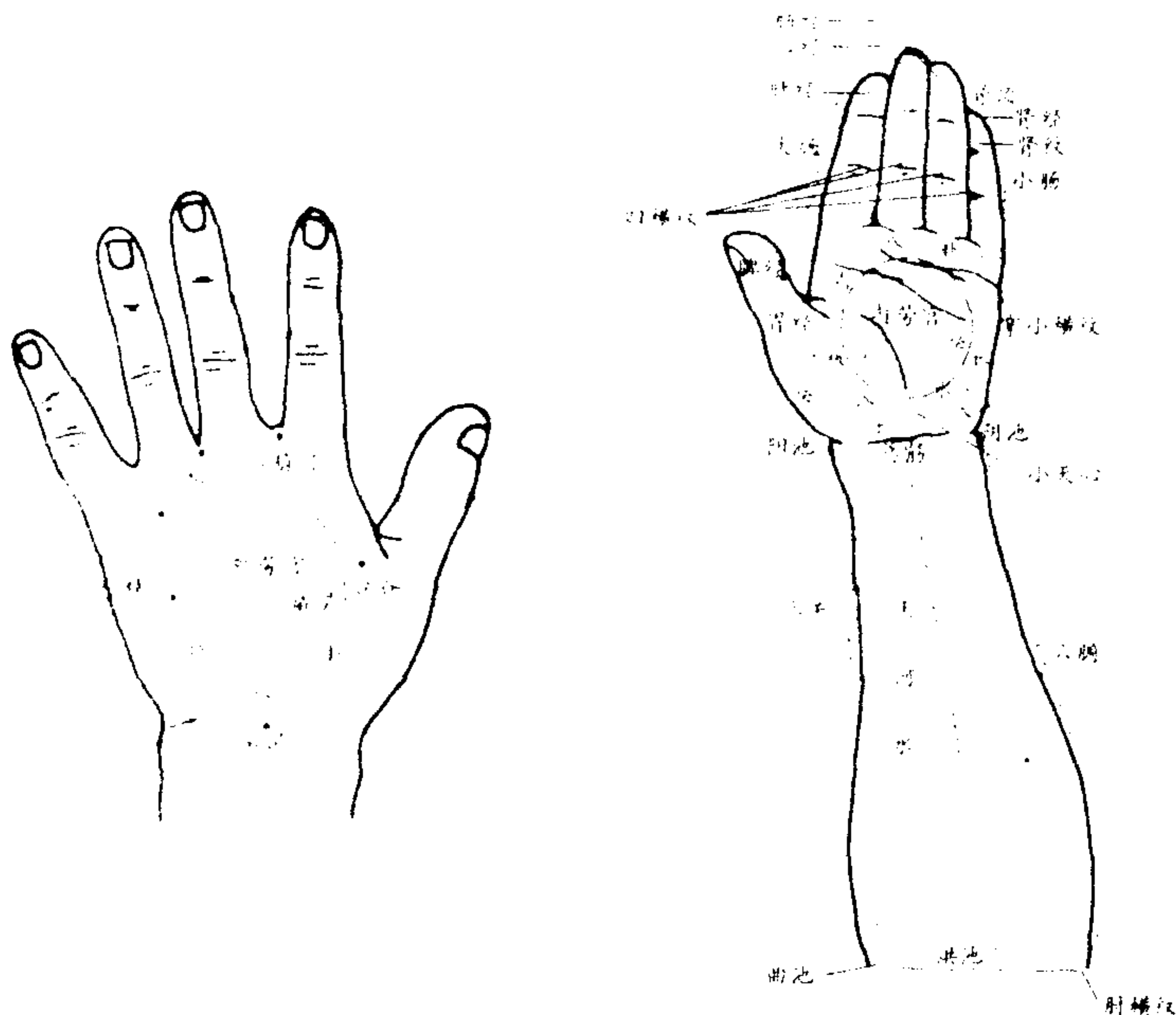


图 25－3

（五）肾经

【位置】　小指末节罗纹面

【操作及临床应用】　自小指节末节横纹推至小指尖为补肾经，有滋肾壮阳，强筋健骨，温养下元的作用，可用于先天不足，久病体虚，肾虚久泻，肺虚喘息等症，多与补脾经，揉二马，推三关合用。

自指尖推向小指末节横纹为清肾经，能清利下焦湿热，用于膀胱蕴热，小便赤涩，小便淋漓刺痛，目赤肿痛，常与掐揉小天心，清小肠、推箕门等配用。

推脾经，推心经，推肝经，推肺经，推肾经，五法同时用五指推时，统称为推五经，专治五脏病变，根据脏腑虚实，灵活应用。

（六）大肠

【位置】　食指桡侧缘，由指尖至虎口成一直线。

【操作及临床应用】　医者用右手拇指桡侧面，自指尖直推至虎口为补大肠，亦称侧推大肠；本法能调理大肠气机，用于寒湿泄泻，久痢寒痢，便秘，气虚脱肛等症。多与补脾经、推三关，补肾经，分手阴阳等合用。

自虎口推向指尖称为清大肠，能清肠热，除湿毒，导积滞，退肝胆之火，常用于湿热滞留肠道，身热腹痛，痢下赤白等症，可配清天河水，分手阴阳，清脾经，清肺经等配合应用

清补法同时应用可调节肠道功能，用于虚实夹杂的积滞腹胀，纳呆，便秘，泄泻等症，多与运内八卦，清补脾经或捏脊等配合应用。

（七）小肠

【位置】　小指尺侧边缘，自指尖至指根成一直线。

【操作及临床应用】　医者用拇指桡侧缘自指尖推向指根为补小肠，一般 100～300 次　有滋阴补虚的作用，常用于阴虚水亏，小便短赤，多与补脾经配合应用。

而自小指根横纹尺侧推向指尖为清小肠，有清热利尿，泌别清浊的作用，常用于小便短赤，或尿闭不利，泄泻，口舌糜烂等症，常与掐揉心经，肝经，补肾经等合用。

（八）四横纹

【位置】 手掌面，第二至第五指的近侧指间关节之横纹。

【操作及临床应用】 医者用拇指甲掐揉之，称掐揉四横纹，每条横纹各先掐后揉5次。有退脏腑之热，消胀散结的作用，常用于厌食，疳积，营养不良，腹泻，肠胃湿热，奶乳不足，口眼歪斜等症。可与捏脊，推脾经，揉板门配合应用。

（九）掌小横纹

【位置】 掌面小指根下，尺侧掌纹头。

【操作及临床应用】 医者以中指端揉掌小横纹，100～300次有开胸散积，消郁热，化痰涎的作用，可治疗咳嗽，痰喘，痰涎壅盛，口舌生疮，本穴与清肺经合用可清心肺之热。

（十）肾顶

【位置】 小指顶端

【操作及临床应用】 医者用拇指或中指端作揉法，揉100～300次，称揉肾顶，有收敛元气，固表止汗的作用，对自汗盗汗，或大汗淋漓均有良效。阴虚盗汗配揉二马，阳虚自汗配补脾经，气虚、大汗淋漓配推三关。

（十一）内劳宫

【位置】 掌中心，自然握拳时中指与无名指尖之间所对的掌心中二、三掌骨间。

【操作及临床应用】 医者以拇指甲先掐再揉100～300次，称掐揉内劳宫，有清热除烦，止惊风，凉血的作用，可用于五心烦热，口舌生疮，齿龈糜烂等症。推拿时，在内劳宫滴一滴凉水，用口吹之，可增强清热效应，常配清天河水等手法。

（十二）小天心

【位置】 大小鱼际交接处凹陷中

【操作及临床应用】 医者用拇指甲掐后继揉之，一般100～300次，谓掐揉小心天；或中指屈曲，以指尖捣之，约5～20次，谓捣小天心。

捣（或掐揉）小天心为清心安神的重要方法，常用于心经有热，惊风抽搐，夜寐不安，心经热盛，口舌生疮，心经移热于小肠而致小便黄赤疼痛。常与清天河水，揉二马，清小肠合用，若夜啼，眠不安，目斜视，目赤痛，或疹痘欲出不透等证，可采用捣小天心为主进行治疗。

（十三）八卦

【位置】 在手掌，以掌心为圆心，圆心至中指根横纹约$\frac{2}{3}$处为半径所作圆周，一般以左手取穴，近第三掌骨小头处为离卦穴，按顺时针方向排列，依次为坤、兑、乾、坎、艮、震、巽。

【操作及临床应用】 医者左手持患儿左手，使掌心向上，以右手拇指用运法顺时针方向掐运100—300次称运内八卦，有宽胸理气，降逆平喘，止咳化痰的作用，用于治疗咳嗽，气喘，胸闷发热等症，常与清脾经，运板门，推揉膻中，分腹阴阳，开璇玑，按弦走搓摩等合用。

（十四）板门

【位置】 手掌大鱼际平面。

【操作及临床应用】 医者用拇指面在患儿大鱼际平面中点施行揉法或运法称作揉板门，或运板门，约100～300次，有健脾和胃，清食化滞，运上下之气的作用，患儿乳食停积，食欲不振，嗳气，呕吐，腹胀，泄泻等症，均可揉运，常与补脾经，运内八卦，分腹阴阳等合用。

板门推向横纹（自拇指指掌关节横纹推向腕横纹中点）功专止泻，用于脾阳不振，乳食停滞引起的腹泻，多与推大肠，推脾经等合用。

横纹推向板门（操作与上相反）功专止呕，用于胃气受伤，失于和降的呕吐之症，推之能和胃降逆，止呕吐，多与清脾经，分腹阴阳，运内八卦等合用。

（十五）胃经

【位置】 拇指掌面近掌端第一节。

【操作及临床应用】 医者用拇指罗纹面，自指根推向指尖，一般100～500次，谓之补胃经，反之为清胃经。清胃经能清脾胃之湿热，和胃降逆，泻胃火，除烦止渴，亦可用于胃火上亢引起的衄血等症，临床常与摩中脘，推下天柱骨合用。补胃经能助运化，健脾和胃，常与补脾经，揉中脘，摩腹，按揉足三里等合用，治疗脾胃虚弱，消化不良，纳呆腹胀等症。

（十六）运土入水，运水入土

【位置】 手掌面，拇指根至小指根，沿手掌边缘一条弧形曲线。

【操作及临床应用】 医者以右手拇指，自患儿拇指根沿手掌边缘，经小天心运至小指根称运土入水，反之称运水入土。各约100～300次。运土入水能清脾胃湿热，利尿止泻，常用于新病实证，因湿热内蕴而且小腹满，小便赤涩，泄泻，痢疾等症；而运水入土能健脾助运，润燥通便，多用于因脾胃虚弱而完谷不化，疳积，便秘等症，常与补脾经，推大肠，分腹阴阳等合用。

（十七）腕阴阳（大横纹）

【位置】 在手掌根，小天心穴两侧，近拇指侧为阳池，小指侧为阴池。

【操作及临床应用】 医者用两手拇指，从小天心穴向两侧分推为分阴阳，有平衡阴阳，调和气血，消积导滞的作用，用于阴阳不调，气血不和，而致寒热往来，烦躁不安，腹胀，泄泻，痢疾等，实证阴池重力分推，寒证阳池重力分推。两拇指自阴池，阳池穴向小天心合推法称合阴阳，能化痰散结，用于痰结喘嗽，胸闷等症，常与清天河水等合用。

（十八）总筋

【位置】 掌后腕横纹中点。

【操作及临床应用】 以拇指或中指在总筋穴上作按揉手法100～300次，称揉总筋，能清心经热，散结止痉，通调周身气机，可治疗实热惊风，抽掣，牙痛，五心烦热等症。口舌生疮，潮热，夜啼，可用掐法，稍用力，动作快。一般3～5次。可配清天河水，清小肠，清心经能加强其清热作用。

（十九）二扇门

【位置】 手背中指本节两旁陷中。

【操作及临床应用】 医者以右手拇指先掐后继以揉，一般掐5次，揉100～500次，

称掐揉二扇门，有发汗解表，退热平喘的作用。可用于伤风感冒，发热无汗，痰喘气粗，呼吸不畅，急惊风，口眼歪斜等，如欲发汗，先掐心经与内劳宫，再重揉太阳穴，然后掐揉本穴。

（二十）外劳宫

【位置】 手背第三、四掌骨之间，与内劳宫相对。

【操作及临床应用】 医者用拇指先掐后揉外劳宫，一般掐5次，揉100～300次。或单用揉法，称揉外劳宫，有温阳散寒，升阳举陷的作用，可治疗腹痛，肠鸣，泄泻，消化不良，脱肛，遗尿，咳嗽，气喘，疝气等。一切寒症，不论外感风寒，鼻塞流涕，以及脏腑积寒，完谷不化，肠鸣，腹泻，寒痢，腹痛等均可应用。临床上多配合补脾经，推三关，补肾经，揉丹田，揉二马等法，疗效更佳。

（二十一）威灵

【位置】 在手背，外劳宫桡侧第二、三掌骨歧缝处。

【操作及临床应用】 医者以拇指甲掐后继揉，称为掐揉威灵，有开窍醒神，镇惊作用，对于惊风昏迷，有急救作用，故可治急性暴死昏迷不醒，头痛，耳鸣等症，昏迷时用掐法，重掐5次或醒后即止。

（二十二）精宁

【位置】 在手背，无名指与小指本节后第四、五掌骨之间。

【操作及临床应用】 医者以拇指掐揉本穴5～10次，有行气破结，止咳化痰的作用，能治疳积，痰喘，气吼，干呕，眼内胬肉等症，多与补脾经，补肾，推三关等合用，临床上用于急救，多与威灵配合应用。

（二十三）二人上马（二马、上马）

【位置】 手背无名指及小指掌指关节后陷中。

【操作及临床应用】 以拇指甲掐3～5次，为掐二马，继以揉法100～500次，为揉二马有补肾滋阴，顺气散结，利水通淋的作用，阴虚阳亢，潮热烦躁，久病体虚，可用揉二马，配合分手阴阳，补脾经等，对小便闭塞不通，或短赤淋证，均有明显疗效，常与补肾经，清小肠，推箕门等合用。本法还治疗小儿脱肛，遗尿，喘促，夜间磨牙等症，对体虚肺部有干性罗音，配揉小横纹；湿罗音，配揉掌小横纹，多揉有效。

（二十四）外八卦

【位置】 掌背外劳宫周围，与内八卦相对处。

【操作及临床应用】 医者用拇指作顺八卦次序掐运100～300次称运外八卦，有宽胸理气，通滞散结，能通一身之气血，开五脏六腑之闭结，在治疗腹胀，便秘，胸膈满闷等证，时常与摩腹，推揉膻中等合用。

（二十五）一窝风

【位置】 手背腕横纹中央之凹陷中。

【操作及临床应用】 医者以拇指掐揉100～300次，称为掐揉一窝风，可通经活络，宣通表里，温中行气，止痹痛，滑利关节，治疗伤风感冒，一切肢痛，急慢惊风，关节屈伸不利等。常与掐揉二扇门，外劳宫结合应用。

（二十六）三关

【位 置】 前臂桡侧缘，自腕部阳池至肘部曲池穴成一直线。

【操作及临床应用】　医者右手食中指并拢自腕至肘作直推 100～300 次，称推上三关，能补养气血，温补下元，用于气血虚弱，命门火衰下元虚冷，阳气不足，身体虚弱，四肢厥冷，面色无华，食欲不振，呕吐腹泻，疳积等症，常与补脾经，补肾经，揉二马，运内八卦等合用。本法因能益气活血，温阳散寒，用于疹毒内隐，隐疹不出，黄疸，阴疽、感冒恶寒等证，多与补脾经，清肺经，运内八卦，掐揉二扇门等合用，若实证用此穴，操作手法宜快而有力。

（二十七）天河水

【位置】　在前臂内侧正中，自腕横纹的中点（总筋）至肘横纹的中点（洪池）成一直线。

【操作及临床应用】　用食、中二指指腹，自腕横纹的中点（总筋）起沿着臂内侧正中直推至肘横纹，一般 100～300 次，称清天河水，有清热解表，泻心火，除烦躁的作用，特别善清心经热阴虚发热等。常用于五心烦热，烦躁不安，口燥咽干，口舌生疮，弄舌重舌等，可与清心经，清肝经配合应用。也可用于一切热症，外感发热，头痛，恶风，汗出，咽痛，常与四大手法合用。

（二十八）六腑

【位置】　前臂尺侧缘，自腕横纹尺侧的阴池至尺骨鹰嘴成一直线。

【操作及临床应用】　以食、中二指指腹自肘沿前臂尺侧缘推至掌根 100—300 次，称退六腑，本穴性寒凉，可清热凉血解毒，对脏腑郁热，积滞，壮热，苔黄，口渴，咽干，痄腮，肿毒等实热证均可用之。腮腺炎，肿毒，热痢，大便干燥等，可与清大肠，掐心经，点内劳宫等配合。

本穴与三关为大凉大热要穴，可单穴用，亦可两穴合用，如果患儿体温不足，需培补元气温煦阳气可推三关；如高热烦渴，可用退六腑。两穴合用能平衡阴阳，防止大凉大热伤其正气。如寒热夹杂，以热为主，则以退六腑三数推三关一数之比推之；若以寒为主则以推三关三数，退六腑一数之比推之，推数相等有调和阴阳之意。

五、下肢部（见图 25－1、25－2）

（一）箕门

【位置】　大腿内侧，膝盖上缘至腹股沟成一直线。

【操作及临床应用】　医者以食、中二指指面自膝盖内侧上缘至腹股沟作直推法 100～300 次，称推箕门。推箕门有较好的利尿作用，可治疗尿潴留，多与揉丹田，按揉三阴交合用；治疗心经有热的小便赤涩不利，多与清小肠合用；治疗水泻，无尿，可与清大肠相配合，可起利小便，实大便的作用。

（二）涌泉

【位置】　足掌前 1/3 之中点

【操作及临床应用】　用两手拇指面轮流自涌泉穴推向足尖 100～300 次，称推涌泉；用拇指或中指端在穴位上揉 50～100 次，称揉涌泉。推涌泉能引火归原，退虚热，常与揉二马，运内劳宫配合；治疗烦躁不安，夜啼等症，若实热症，则可与清天河水，退六腑配合，揉涌泉能止吐泻，左揉止吐，右揉止泻。

第四节 小儿常见病的全息推拿

一、发热

发热是指体温异常升高，为小儿常见病证之一。发热可见多种急慢性疾病过程中，祖国医学根据发病的原因，大体分为外感发热，阴虚发热，肺胃实热。

【病因病机】

（一）外感发热：小儿形气未充，脏腑娇嫩，卫外功能较差，若气候突变寒暖失常之时，易为风邪及时气侵袭，卫阳被遏，正邪交争而发热。

（二）阴虚发热：小儿素体阴虚或热病经久不愈，或因用温燥药品过多至阴血亏损，阴亏则阳亢，以致虚热内生。

（三）肺胃实热：外感失治或误治，致外邪化热入里，造成肺气壅实，热郁化燥，蒸郁于内而致发热。

【临床证治】

（一）外感发热（风寒型）

主证：因感受风寒而致，表现为发热，恶寒，无汗，头痛，鼻塞，流涕，喷嚏，咳嗽，口不渴，咽不红，舌苔薄白，脉浮紧。

处方：开天门，推坎宫，揉太阳，揉耳后高骨，揉二扇门，清肺经。

（二）外感发热（风热型）

主证：发热重，恶风轻，有汗或微汗出，头痛，鼻塞，流浓涕，喷嚏，咽喉肿痛，口干而渴，苔微黄，脉浮数。

处方：清天河水，退六腑，推三关，清肺经，清板门，清大肠，掐总筋，掐揉少商，拿风池，肩井。

（三）阴虚发热

主证：午后或夜间潮热，或手、足发热，两颧潮红，心烦盗汗，少眠，形瘦，口干唇燥，食欲减退，大便干，小便黄，舌质红，无苔或少苔，脉细数。

处方：分手阴阳，补肺经，揉二马，清天河水，清肝经，补肾经，按揉足三里，推涌泉。

（四）肺胃实热

主证：发热，口渴，气息喘急，面赤唇红，口鼻干燥，大便秘结，小便短赤，舌质红，苔黄燥，脉数实。

处方：清胃经，清大肠，揉中脘，揉天枢，摩脐，掐揉足三里，然后推下七节骨。

二、咳嗽

咳嗽是肺系疾患中一个常见的证候，无论外感，内伤所致均能使肺失清肃而壅遏不宣而发生咳嗽。

【病因病机】

（一）外感咳嗽：外感六淫之邪，从口鼻或皮毛而入，侵袭人体使肺失宣降，以致肺气郁闭不宣，其气上逆而发为咳嗽。

（二）阴虚咳嗽：久咳伤阴，肺失濡润，则肺气上逆而咳嗽少痰，肺气不足，则气短

而咳。

【临床证治】

（一）风寒咳嗽

主证：咳嗽，初起痰稀，鼻塞流涕，头身疼痛，恶寒无汗，苔淡白，指纹浮红。

处方：四大手法，清补肺经，运内八卦，掐揉二扇门，推上三关，揉膻中，揉肺俞，拿肩井。

（二）风热咳嗽

主证：咳嗽痰稠，鼻流浊涕，头昏汗出，口渴，咽痛，便秘，小便黄，苔薄黄，指纹紫红。

处方：四大手法，清肺经，清大肠，运内八卦，清天河水，揉掌小横纹，退六腑，推揉膻中，揉肺俞，按揉丰隆。

（三）阴虚咳嗽

主证：久咳，午后为重，身微热或干咳少痰，咽喉痒痛，面色潮红，五心烦热，食欲不振，形体消瘦，舌苔乏津，指纹紫滞。

处方：补脾经，补肺经，补肾经，揉二马，运内八卦，推揉膻中，揉肺俞，按揉足三里。

三、泄泻

泄泻是以大便次数增多，便下稀薄或水样为主证，是小儿最常见的消化道疾病之一，以三岁以下的婴幼儿多见，年龄愈小，发病率愈高，本病四季均可发生，但以夏、秋季为多，如泄泻迁延不愈，常可导致营养不良，影响生长发育，或引起其它慢性疾病。

【病因病机】

（一）内伤乳食：由于调护失宜，乳哺不当，饮食失节或过食肥甘，生冷，瓜果，损伤脾胃；脾伤则运化不及，胃伤则不能腐熟水谷，宿食内停，清浊不分，并走大肠而成泄泻。

（二）感受外邪：小儿脏腑娇嫩，卫外不固，易为六淫所侵，泄泻则以湿邪侵袭更为常见，寒、热、暑邪往往与湿相合而病，如暑湿或湿热损伤脾胃，邪热下迫而成泄泻，若寒湿困脾，水湿不运，脾胃升降之机失调，水谷不分，亦泄泻。

（三）脾胃虚弱：先天禀赋不足，后天调护不当，或久病迁延不愈，导致脾胃损伤，脾虚则健运失司，胃弱则不能腐熟水谷，水反为湿，谷反为滞，清阳不升，合浊而下为脾虚泄泻。

（四）脾肾阳虚：脾以阳为运，肾寄命门真火。若小儿禀赋不足或久病，久泄均可损伤脾肾之阳，命门火衰，火不暖土，阴寒内盛，水谷不化，并走大肠；肾为胃关，开窍于二阴，职司二便，如肾中阳气不足，故令调泄不止。

【临床证治】

（一）伤食泄泻

主证：腹痛腹胀，痛则欲泻，泻后痛减，粪便酸臭如败卵；不思乳食，嗳气呕吐酸馊，手心发热，夜卧不安，面黄口渴，舌苔黄腻或微黄，脉滑数，指纹紫红而滞。

处方：揉板门，清胃经，清补大肠，摩中脘，运内八卦，分腹阴阳。

（二）寒湿泄泻

主证：大便清稀多沫，色淡不臭，肠鸣腹痛，面色淡白，口不渴，小便清长，苔白腻，脉濡，指纹色红。

处方：补脾经，推三关，补大肠，揉外劳宫，摩脐，揉一窝风，推上七节骨，按揉足三里。

（三）湿热泄泻

主证：腹痛即泻，急迫暴注，粪黄热臭，身热，烦躁，口渴，溲赤而短，肛门灼热而痛，舌苔黄腻，脉滑数，指纹色紫。

处方：清肺经，清胃经，清大肠，清小肠，退六腑，揉天枢，推下七节骨。

（四）脾虚泄泻

主证：泄泻日久，或经常泄泻，大便溏薄，水谷不化，或夹有乳块，食后即泻，面色萎黄，神疲倦怠，食欲不振，舌苔淡薄，脉沉无力，指纹沉色淡。

处方：补脾经，补大肠，推三关，推上七节骨，摩腹，揉脐，捏脊（重捏），并按揉脾胃，大肠俞。

（五）脾肾阳虚

主证：久泄不止，食入即泻，粪质清稀，完谷不化，或见脱肛，形寒，肢冷，面色㿠白，精神萎靡，睡时露睛，舌淡苔白。

处方：补脾经，补肾经，推三关，补大肠，运内八卦，揉脐，推上七节骨，揉外劳宫，按揉百会。

四、呕吐

呕吐是指小儿常见的一种症候，很多疾病可出现呕吐。

【病因病机】

胃为水谷之海，以降为和，若乳食不节，积滞胃脘损伤脾胃，升降失调，其气上逆而发生呕吐。或过食辛热之品，或感受暑、湿、温、热时邪，蕴伏肠胃，胃热气逆，食而反出，而作胃热吐。因脾胃素弱，中阳不足，或乳母过食，寒、凉、生、冷，致乳汁寒薄或小儿过食瓜果，冷食，凝滞胃脘，或风冷之气客于肠胃，致胃寒上逆，发生呕吐；亦有因情志不遂，肝气不畅，横逆反胃，气随上逆而致呕吐；或因跌扑、惊恐以致气机逆乱，横逆犯胃而发生呕吐。虽其病各异，但其病机总属于胃失和降，气逆于上所致。

【临床证治】

（一）胃寒呕吐

主证：起病较缓，病程较长，呕吐时作时止，食久方吐或朝食暮吐，迎寒加重，吐出不消化食物，或清稀痰涎，不酸不臭，面色㿠白，精神倦怠，形寒肢冷或腹痛绵绵，喜按，大便溏薄，小便清长，舌淡，苔白，脉沉细无力，指纹淡。

处方：补脾经，揉外劳宫，推三关，推下天柱骨，揉中脘。

（二）胃热呕吐

主证：食入即吐，呕吐酸臭，口渴喜饮，身热烦躁，唇干，面赤，大便稀，或秘结，小便黄赤，舌红而干，苔黄腻，指纹色紫。

处方：清胃经，清脾经，清肝经，清大肠，退六腑，运内八卦，横纹推向板门，推下天柱骨，推下七节骨。

（三）伤食呕吐

主证：呕吐酸馊乳块或不消化食物，吐后则舒，口臭，不思乳食，腹痛，腹胀，大便酸臭，或溏或秘，苔厚腻，脉滑数，指纹紫。

处方：清板门，运内八卦，横纹推向板门，掐揉四横纹，分腹阴阳，推下七节骨，按揉足三里，按弦走搓摩。

五、厌食

厌食又称恶食，是指小儿较长时期食不贪，欲不振，甚至拒食的一种病证，本病以1～6岁小儿为多。

【病因病机】 主要由于平素饮食不节，或喂养不当，以及长期偏食等损伤脾胃而致。小儿脾常不足，如片面强调给予高营养的滋补食品，超越了脾胃正常的运化能力，或恣意投其所好，养成偏食习惯，生活不规律等皆可导致脾失健运，胃阴耗伤，不思进食。

【临床证治】

（一）脾失健运

主证：面色少华，不思纳食，或食之无味，拒进饮食，形体偏瘦，而精神状态一般，大小便均基本正常，舌苔或薄腻，脉尚有力。

处方：补脾经，运内八卦，掐揉四横纹，摩中脘，按揉脾俞，胃俞，肝俞，捏背3～5遍。

（二）胃阴不足

主证：口干，多饮，而不喜进食，皮肤干燥，缺乏润泽，大便干结，舌苔多见光剥，亦有光红少津者，舌质偏红，脉细。

处方：分手阴阳（阴重阳轻）揉板门，补胃经，补脾经，运内八卦，揉中脘、关元，接揉胃俞、三焦俞、肾俞穴，并捏脊3～5遍。

（三）脾胃气虚

主证：精神较差，面色萎黄，厌食，拒食，若稍进则大便中夹有不消化残渣或大便不成形，容易出汗，舌苔薄净或薄白，脉无力。

处方：补脾经，推大肠，补肾经，摩腹，推上七节骨，捏脊，重捏脾、胃、肾俞。

第二十六章　全息心理诊疗

中医学历来主张心身统一论治，心理状态就是肉体状态的反映，反之，肉体状态亦是心理状态的反映，两种状态的任何一方的变化都会引起形与神的系列连锁变化，形成形态和生理或病理的全息共振效应，这种精神与肉体的全息关系实际中已被不自觉的融入了中国语言之中，如喜笑颜开、悲伤泪下、怒发冲冠、愁容满面等。因此可以这样认为，精神状态与身体状态具有同一性，身体的一切活动都是精神活动的体现；而精神活动则是身体一切活动的综合效应。也正是人们自古以来已全面观察认识到这些现象，所以才成为我们今天阐发全息心理诊疗的基础。

第一节　全息心理诊察

一、全息心理望诊

多少有一定社会阅历的人都会知道面相不仅能表现某种疾病，而且也可反映一个人的性格、经历、经济状况、社会地位和心理变化，这是因为一个人是社会的一分子或叫一个全息元，他不仅受各种自然条件变化的影响，而且会在待人接物之中总是要产生并表现出相应的情感，如遇有喜事则愉快，身处逆境则消沉烦闷。总之，七情对人的刺激过长、过强、超出了正常限度，在一定条件之下都会导致疾病，同时也会反映于面部。《素问》曰“余知百病之生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，……惊则气乱，劳则气耗，思则气结。”这就是说愤怒则气血上逆，喜乐则心情愉快，悲则情绪低沉，恐则畏缩发抖，惊吓则情绪紊乱，过分疲劳则劳作无力，思虑太过则感觉迟钝，这些都说明情绪对人体健康的重要作用。明代名医张景岳也说：“凡五气之郁，则诸病皆有，此因病而郁也；若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也”。这里明确指出了“因病致郁”和“因郁致病”的全息相关病因关系，生活中这种关系是司空见惯的常事，如一个人听到好消息或遇到称心如意的事情时，就会眉开眼笑，心情愉快，精神振奋，而当听到坏消息或遇到懊丧的事时，人们就会双眉紧锁，心情沉重，焦虑不安。一般情绪激动时，交感神经兴奋、肾上腺分泌增加，引起心率加快，血管收缩，呼吸急促，血液中红、白细胞增加，血糖浓度升高，使机体生理代谢加快。愉快的情绪能促进食欲，增加消化液分泌和消化道运动；而情绪忧郁时，则食欲减退，消化液分泌减少，消化能力降低，还会出现情绪消沉，疲乏无力，失眠急躁等。

一般来说人的面貌，眼睛的颜色等，完全是由遗传决定的，物种已为科学所证实，然而，人们又会发现，人的面貌、神态随自己的经历、环境、精神状况变化而不断的变化着，比如收养的孩子，长大后其面貌、神气往往象他的养父母。又如结婚后丈夫和妻子的面貌越长越象。因为恩爱夫妻形影不离，他们对事物有同感，起居、饮食、兴趣、爱好比较一致，天长日久，脸部的肌肉经常产生相同的动作，面相、神态就逐渐趋于接近。也有人研究认为，夫妻间的长期性生活，精液和阴道中的物质——这些存在于细胞质中的遗传

物质在逐渐起作用，使夫妻双方更趋于相似。同样的道理，一个人由于长年累月的面部动作而造成了“表情坑”或“表情皱纹”，就可以从面部反映出他的性格和习性，如喜欢深思熟虑，爱动脑筋的人，两眉之间多有皱纹；久处逆境，心绪郁闷，精神消沉者颜面部肌肉松弛，眼角下垂，愁眉苦脸；生平一帆风顺，性格乐观的人，面容则是神采奕奕，嘴角外侧有皱纹，中年后在眼下方、外方均会产生皱纹。因此，可以说面部是人的年龄、性格、精神状况、疾病性质、经历的记录簿和显示屏，只要我们认真分析观察，就会发现其中的无穷奥秘。

神气望诊，即观察人体生命活动的外在表现，观察人体的精神状态和机能状态，包括望目光、面色、表情、言谈举止、感觉反应、舌象和声息体态等。

1. 何谓神气：“神”是指神态、知觉、举止等，它是生命活动现象的主宰，是机体生命活动的外在表现。它的物质基础是先天之精，依托后天饮食之精充养而成。凡神气旺盛，则身强力壮；神气疲靡，则身体虚弱。故“得神者昌，失神者亡。”

“神”这一身之主宰，必全身皆有表现，但以眼睛、面色的表情最为突出，故《医原》说：“人之神气扬于二目而历乎百体”。

2. 望神的意义：神气是依靠先、后天的生长、充养而维持正常，也就是说神不能离开形体而独立存在，有形才能有神，形健则神旺，形衰则神疲，故观察神气的旺衰而能测知身体的健康与否。

3. 神气望诊的方法：其基本方法是以神会神，医生与病人见面后，首先应注意病人的面容和表情，并把精神意识和情感联系起来。

望神不宜久看，否则会使被观察者失去自然，还会使观察者印象模糊，疑点丛生，难下定论。如《医原》所说：“人之神气，在有意无意之间流露最爽，医者清心凝神，一会即觉，不宜过泥，泥则私意一起，医者与患者神气相混，反复疑似，难以捉摸，此又以神会神之妙理也。”

4. 神气变化主病：

（1）得神：又称“有神”，若精神饱满，目光炯炯，面色润泽，言语清晰，活动灵敏，气息平顺为得神，“得神者昌”，虽有疾病亦较易治疗，预后良好。

（2）失神：又称“无神”，即神气丧失，精损气亏，生命机能发生障碍，五脏精气衰败的表现，多属危重，预后不良。

（3）假神：危重病人出现的精神暂时好转假象，是阴阳即将耗尽的危候，又称“残灯复明”，切忌勿被假象所惑。

（4）神气不足：是轻度失神的表现，与失神状态只是程度上的区别，介于有神和无神之间，常见于虚证患者，表现精神困倦，面色无华，表情淡漠，昏昏欲睡，目光涩滞，怠惰乏力，动作迟缓等。

（5）神志错乱：这也是失神的一种表现，但与精损气亏的失神则有本质不同，神态错乱包括烦躁不安，惊恐，悲伤，忧虑，痴呆、癫狂、痫等。可从面容神态、表情上判断。

二、面色与精神心理的全息关系

1. 常色：正常人面色明润含蓄，红黄隐隐，容光焕发，不浮不沉，不清不浊，不散不抟，表示气血平和，精气内充，为有神之象。

2. 精神异常面色：面白嫩而苍白者缺乏户外活动，面黑红者多经风雨烈日；高山人

多面紫红；安闲富足者面色红润而有光泽；饥寒交迫者面苍无华；久冒霜雪者面青气冷；久行烈日面赤汗出；怒则面青怒目；酒则目赤潮红；运动后面赤气促有汗；失眠者面浮而倦；久卧面壅；久思面呆定而黄滞；有愧则面赤渗汗；喜则眉开颜笑；悲则面昏而郁；惊则气促面铁青。以上神色多为受环境及心理状态影响而致暂时变化，必须候机而定，详察病情，不可机械搬用，以免误诊。

三、面形与精神心理的全息关系

1．正常面形：不胖不瘦，不歪不突。

2．面形变化各异：脸瘦人亦瘦者喜思善虑；脸胖人亦胖者喜静善卧；遇人面僵肌硬者多谨慎内向；久郁不解者颏肌眼角下垂；四十以上外眦、嘴角多皱纹者多事业生活昌顺；眉间多皱纹者多爱思虑；男性颧突目锐多刚毅；女性颧突示性成熟。

四、面容与精神心理的全息关系

1．正常面容：面色红润，表情自若，无迫无窘。

2．异常面容举例：面红目亮、语声激昂为情绪兴奋貌，羞怯颊红不语多为害羞状；面红耳赤低头无语多为惭愧貌；面苍神慌，神若木鸡多为惊恐貌；两目圆睁兼有情不自禁的“呀”声多为惊讶状；横眉怒目，面青拳握多为愤怒貌；横眉冷对，不屑一顾之为憎恶貌；愁容楚楚，满面泪痕多为悲哀状；眼红含泪，咧嘴欲哭多为伤心貌；面僵脸绷，双唇紧闭多为忍耐状；咬牙瞪眼，撅嘴手颤为生气貌；目直面冷，仰天祈求多为绝望貌；撅嘴含泪，抽泣自语多为委屈貌；面郁垂头，阴冷丧气多为沮丧貌；眉开颜笑，翘嘴扬眉为欢乐状；皱眉苦脸，抑郁焦躁为忧愁貌。

人的气质不同所表现的精神状态亦常不同，在面部亦有所表现，如表情丰富，双目灵活，喜怒在外，反应敏捷，乐于待人，能言善交，注意力、兴趣多变，易给人以轻浮之感者常为多血质型；若表情坦荡，目光锐敏，乐观热情，心直口快，遇挫易急但果断利落，言谈豪爽常带粗鲁，缺乏耐性者多为胆汁质；表情平淡，目光深沉，口唇常闭，善克制少言语，少交际多内向，遇事稳重不易转念，对事似漠不关心状者多为粘液汁型，表情冷漠，目光淡淡，抑郁多愁，遇事不决，谨小慎微，情感深沉绝少外露，反应敏感，性格内向，孤癖羞怯，爱生闷气，易于悲观者多为抑郁质型。

五、眉毛、眼神与精神心理的全息关系

1．眉毛与精神心理的全息关系

喜欢什么样的眉毛，常描绘自己眉毛呈什么样子常会体现出人的性格与精神状态，如喜描弓形眉者多温柔和善，谨慎爱面子；喜粗直眉者，多健壮坚强，泼辣外向，胆大敢为；喜眉梢向下者，多抑郁内向，多愁善感；喜眉梢向上者，多豪爽刚强，能争善斗，性格外向。

2．眼神与精神心理的全息关系

（1）正常眼神：视物清晰，两目有光，明亮内含，灵活有神。

（2）异常眼神举例：若目光呆滞，仅视一处，应考虑有无精神、神志疾患或神经质；若目不转睛、面肌僵硬，应疑有精神分裂症；双目上视、旁若无人、锐利而无约束，多为无知或自负；眼珠转而不停、视无定处，多为焦躁不安；眼珠直盯对方、细听深思，多为心胸广阔乐于助人；若直盯对方眼神而不移者，多为有戒心或注意力集中、若躲避他人目光、畏怯躲闪，多为恐惧或畏怯；若目光斜视对方，多示为人谨慎或猜疑、害怕；若看脸

色行事者，多善拍马屁；若目光盯着地面、语声低怯和蔼，多示其人腼腆或害羞、紧张。

各种手形与精神心理均有密切的全息关系可见于手诊。

第二节　精神全息心理分析法

医学已从生物医学模式进入了生物心理社会医学的模式，若干疾病都与心理状况及心理诊疗效果有关，有时心理治疗效果奇迹般地超出药物治疗的效果，因此，深入研究各种精神心理状况就是迫在眉睫的任务。

人类精神心理也存在着全息共振关系。人类的精神表现在各种形态——知觉、气质、能力、思维、记忆、表象、情感、意志、意会、意识当中，全部精神形态的协同作用成为精神整体，而每一种精神形态如意识之中都有整个精神的缩影，也就是说像意识、气质这样的每一种精神形态均可称作为一个全息元，任何精神形态中都包含有其他所有精神形态的缩影，同时也存在于其他所有精神形态之中，以思想为例，各种思想无不打上阶级的烙印，说明思想这个全息元中包含有某一阶级（作为全息主体）各种精神形态（作为全息元）如气质、情感、意志、能力等的缩影，同时某一阶级的思想亦可分别在其气质、情感、意志、能力等形态中见到其印痕。再如意会，这种形态充分表现着心灵之间的全息共振联系，正如俗语所讲若干事情只可意会，不可言传，这说明不用语言这一信号就可使对方产生和谐的全息共振，只要你发出某种特定的信息，对方就可明白其中的意味。正如波兰尼所说："意会认识比言传认识更为基本，我们能够知道的比我们能够说出来的东西要多"。

心身之间，精神与物质之间，也存在着全息共振关系，心理状态就是肉体状态的反映，反之，肉体状态也是心理状态的反映。两种状态中任何一方的变化都会引起形与神的一系列变化，肉体的各种变化会在精神活动得到兑现，反之，精神的各种变化亦会在肉体中发生和谐的全息共振效应，精神状态直接反映着脑的机能状态，同时精神又对脑有反作用，精神的不正常活动又对脑功能造成损害，这充分体现了精神和物质之间的全息共振关系。

从上述记忆、知觉、表象、情感、意会、意志、气质、能力、思维、意识等人类精神心理表现的各种精神全息元，我们可以看到整个精神，反之，也从整个精神整体可以分析到记忆、知觉、表象、情感、意会、意志、气质、能力、思维、意识等全息元的具体状况，同时，单就情感或意会等某一种形态来看，也有着整个人类与具体某一个人的全息共振关系，此时人群的某一精神形态为全息主体，而具体某一个人的某一精神形态则为一个全息元，根据人类精神心理的这种多层次全息共振关系，我们绘成精神全息图（见图26-1）。

按照这一全息共振关系提出全息心理分析诊疗法，即运用整个人类应有的正常精神心理状态来分析和诊察某一具体患者的某种精神心理异常或用某人或某方面精神心理状态的特性来丰富人类精神心理的整体内涵，从上述两方面实现正常的精神心理全息共振，以纠正患者精神心理的某些疾患，使其与正常人的精神心理产生和谐的全息共振，以减轻病痛，对此李莱田称之谓全息心理分析诊疗法，其基本理论指导是精神全息律和物质——精神全息律。几年来将这一方法用于临床，特别于男科临床取得了满意的疗效。

从某种意义来说，医学处于“阴胜阳衰”的状态，妇科古代已有，而男科才不过近十年来的事，男人的病未被重视，多分散在内、外科中“代为诊治”。所谓男科是指专门研究男子特有的生理、病理过程，发病机理，以及对疾病的诊断治疗和预防的一门综合学科。其主要内容涉及男性生殖系统，包括男性性欲异常、阳痿、早泄、不射精、逆行射精、遗精、男性不育……等病症，其中阳痿、早泄、不射精、遗精、男性不育等都与心理精神因素有重要关系。

对于男性病由于封建传统观念的束缚，很多人难以启齿，讳于就医。男性性活动并无统一模式或标准，若干个体的活动很少有公开交流的机会，很大程度上属于个人生活经验的总结，如有位心理学家曾感叹地说：“虽然我已活了大半辈子，但对心理与性的很多问题还弄不清楚”。因此，认识并正确引导心理活动对性行为的影响，不仅有利于个性的心理健全，而且也有利于提高整个人类的生活质量。性心理学至今在国际上尚是一门无公认体系，也缺乏某些统一概念的新型学科，对某些心理现象其解释虽多，但又多概括不全面，因此，李莱田提出将全息心理分析诊疗法引入男科和性心理分析中来，从个体（作为全息元）的某些特性到整个人类的某些共性（作为全息主体）都在全息共振中不断丰富和发展完善，而且这其中精神心理活动及其变化往往起着重要或决定作用，一旦某一具体精神心理形态（作为全息元）与整体精神心理的某一形态（作为全息主体）的全息共振不协调，就会产生疾患，而这许多疾患并非单纯药物可以治疗的，一旦使其精神心理上呈现出与整体精神心理形态和谐的全息共振，则疾病就能治愈。现举例如下：

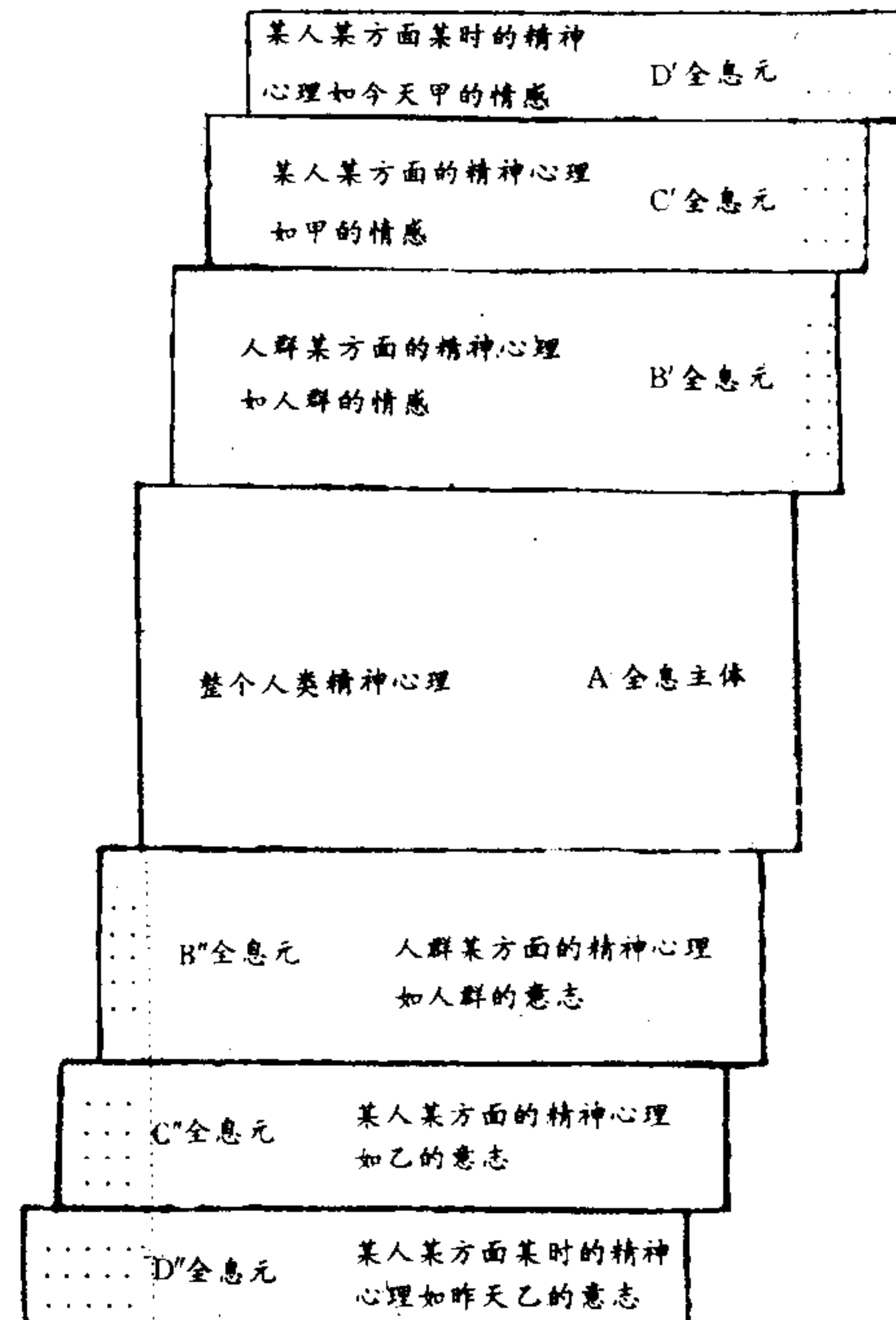


图 26－1 精神全息模式图

根据国内外统计资料认为阳痿绝大多数是由精神心理因素障碍所导致，因此，能重点用全息心理分析疗法，辅以药物取得满意疗效。如有位患者婚后年余，夫妻关系尚好，唯阴茎痿软不坚，难以达到满意的性生活，为此夫妻双方均焦虑不安。经详细询问，夫妻双方间均无感情裂痕，唯男方曾有一恋人，因感情以外的原因初恋未能成婚，同时也告诉医生无论是那初恋的当时，还是此后若干年，再在脑海中浮现那迷人的岁月时，阴茎则极易勃起。我们运用全息心理分析诊疗法可知，男方感情网络中存在两个全息元：一个是追忆中初恋时那流连忘返的情感，称 D′全息元，另一个是现实中与妻子生活形成的情感，称 D″全息元，我们选择联想这一精神形态，让 D″全息元能与 D′全息元发生和谐而同样强度的全息共振，则就可能解除其病痛，因此，我们请患者在与妻子同房时，要努力联想与第一个恋人间曾有过的最热烈的感情，患者试用后获得了夫妻双方都满意的性感受，同时夫妻之间的感情也逐渐升华增温，几次联想形成了全息共振之后，不须再加联想也可获得满意的性生活，这是利用正常的情感全息元 D′和“不正常”情感全息元 D″通过联想形成精

神心理的全息共振而治疗疾患的例证。

再如一不射精患者，自述初婚第1～2次同房能正常射精，以后则不能射精，至今3年多方治疗未愈。尽管夫妻感情尚好，但也有不少精神压力，我们利用表象这一精神全息元做为全息主体，使夫妻双方分别利用自己的表象B′、B″，形成统一和谐的全息共振体而达到治疗的目的。据此我们分别向夫妻双方提示让他们回忆记忆里或现实生活中他们各自曾醉心倾倒的性交对象的形象，在夫妻同房时让丈夫努力想象正与心目中的天仙度洞房花烛夜的景象，让妻子努力想象正在心目中白马王子怀抱之中的甜蜜情景，又加以药物辅助，结果第二天夫妻双双满面笑容的来告诉："昨夜病已解除，药是否还抓"。年余后来信告之：已生一男婴。

再如不少未婚青年常有遗精现象，有的受"一滴精一滴血"的影响，精神压力重重，影响工作、学习和身体健康，甚至影响婚恋。在我们以集体咨询作为治疗手段时，甲说："我有这种毛病"。乙也说："是呀，我也有这种情形"。丙也会说："奇怪，我一直认为只有我有这个问题呢"。如此相互交换了"隐私"，也就对遗精产生了正确认识的全息共振，其心理障碍也就消除了，这是D′全息元与B′全息元和全息主体产生全息共振获得疗效的例证。

更年期无论男女都有，特别有些女性更明显，但人们在缺乏知识和心理准备时，却不易适应和理解，因此影响身心健康和工作学习。更年期共有的生理、心理反应为面部潮红、发热多汗、肢体麻木、情绪易波动、喜怒无常、猜疑烦躁、失眠乏力等。但并非每个人都具备以上全部典型症状，而多仅具有某几个症状，或不同情况下具有不同的几组症状，在这里更年期的全部典型症状可视为全息整体，而每个人所出现的各种不同组合的症状可视为不同层次的全息元，在接待不同组症状的更年期患者时，我们着意将他们的不同症状与更年期的全部典型症状联系起来，使患者能充分理解并有充足的思想准备去迎接还可能出现的某些症状，或某些已出现的症状可能会存在较长时间。这也就是说将全息主体与各全息元沟通，使其间能产生和谐的全息共振，患者因有了充分的精神心理准备，症状的自我感觉会减轻，药物的疗效也会增强，这是各层次全息元与全息主体产生和谐和全息共振的结果。

总之，全息心理分析疗法是以某种精神疾患、心身疾患的全部整体症状，人类的整个精神心理为全息主体，以某种、某方面或某人的具体精神心理形态为B′、B″、C′、C″、D′、D″全息元，医生在正常心理状态的明确指导下，根据患者病情的需要，运用多种精神形态，或使次级、三级全息元之间产生和谐的全息共振，或使各全息元与全息主体间产生全息共振，或使其与正常心理状态产生全息共振，以解脱某些精神心理障碍，起到分析治疗某些精神疾患和心身疾患的作用。在进行临床心身疾患和精神疾患诊疗时，不论从患者"过去"（作为全息元）了解"现在"，还是追查患病的来龙去脉（寻找全息共振被破坏的环节，并利用全息元间的全息共振关系加以恢复），分析前因后果，以求获得良好的疗效。这种全息心理分析诊疗法在精神疾患、心身疾患的分析治疗、集体治疗、家庭治疗、支持治疗等原则的应用中都起着重要作用，可贯彻到上述治疗原则之中，不仅用于男科若干病症，而且也完全可以用于冠心病、支气管哮喘，消化性溃疡、神经性呕吐、经前期紧张症、紧张性头痛等心身疾患之中。精神分析医生巴林特所开创的巴林特式疗法，特别强调"作为药物的医生"、"患者对于病与医生对于病"，巴林特给上述论点的解释称为"配合"，

也就是患者与医生心理上努力获得全息共振，因此，可以说巴林特式疗法是全息精神心理分析诊疗法的范例。

根据李莱田所提出的精神全息心理分析诊疗法的理论，经叶芳数年的临床观察，发现许多疾病不仅仅表现于器质性病变的本身，还与病人的神经质，内向及素质性焦虑、抑郁、“独立性”和“自负”评分均高于常人有关。因此，在用物理、化学、手术等方面治疗的同时，亦不应忽视病人的心理治疗。下面将介绍从躯体与心理相结合的角度，运用全息诊疗法中具备诊治心身疾病的穴区，对某些典型的疾病和症状进行有关的心理社会因素的分析、治疗，收到满意的效果的例子。

李氏认为，所谓的全息心理分析诊疗法就是运用整个人类应有的正常精神心理状态来分析和诊察某一具体病人的某种精神心理异常，或用某人或某方面精神心理状态的特性来丰富人类心理的整体内涵，从上述两方面实现正常的精神心理全息共振，以纠正病人精神心理的某些疾患，使其与正常的精神心理产生和谐的全息共振，以减轻病痛。人长病，大多是从气上而来。愤怒时则人们的气血往往上逆，过喜时则心气耗损，悲伤时则情绪低沉，恐惧时则畏缩发抖，气不能固摄，惊吓时则往往情绪紊乱，过度劳累时则劳作无力，过度思虑时则感觉迟钝。总之，七情对人的刺激过强，或时间过长，超出了正常的限度，在一定条件下就会引起整个心理和肉体间的连锁反应，最终导致疾病的产生，从而造成全息效应。我们遇到一个案例，在一次省级的大学生游泳比赛中，某教练突然发现他的一名得力队员出现了赛前紧张综合征，眼看就要比赛了，非常着急，教练曾施用过一些纠正的方法，均未奏效，便急匆匆地找到了我们。检查该队员的身体状况时，只见病人面色苍白，呼吸短促，紧张面孔，四肢肌张力明显增高，手足发冷，脉弦数、苔薄白等体征，并老想去厕所小便。教练说，该队员是队里的主力，三项游泳记录的保持者，以往比赛均发挥的很好。这次可能是因为学校刚招收了几名专业游泳队的队员，对他心理压力很大，了解了情况以后，我们首先与他交谈，同时，采用按揉手法，就地取材点刺耳穴上有关的全息穴位，如神门、类安定点、肝胆穴、恐惧焦虑调节点等穴，并与他共同分析了这次比赛对他有利的几个方面，如你们是老学生，他们是新生，你是主、客之分，而且这个赛场，对他们来说就从来没有正规地试过，而你已是久经杀场的老将等等，占有天时，地利、人和的几大优势，为何要怕他们呢……看到队员的情绪大有好转后，对他的四肢，又做了按揉、滚、搓、捣等手法，约半小时后，该队员就非常轻松愉快地参加比赛去了。结果在上半场的决赛中，该队员不但获得了三项第一名，还打破了由自己保持的二项游泳记录，为集体争得了荣誉，给弟兄们也鼓舞了士气，创下了空前的好成绩。还有位中年女性病人，患神经衰弱已十余年了，曾服用过中西药治疗，病情时好时坏。近三个月来每天临睡前必须服用安眠药方可入睡，睡眠不到 3 小时，有时甚至仅睡 1 小时就醒，醒后心悸不安，烦躁不能复睡。上午头昏，下午头胀痛，晚上头痛尤甚，头额部青筋怒张，颈项部板紧不舒，食欲不振，不断嗳气，健忘，注意力不能集中，情绪抑郁，以往便秘，近 1 个月来大便日行 2～3 次，精神疲乏，周身怕冷，腰酸带下，脉搏弦细，舌质淡青，舌苔薄腻。追问其诱因主要是参加工作以来自己不适应复杂的社会、工作紧张而又不顺心，情绪长久抑郁所致。以中医学角度来分析，由于病人长期的思虑过度，损伤心脾，脾不健运，气血化生不旺，心失所养而造成神经衰弱、健忘、注意力不能集中是由血不养脑所致，治疗时首先抓住脾胃这一关键，故先用体针及耳穴压豆法以健脾和胃为主，治疗一个疗程，同时配

服中草药（甘麦大枣汤加减）调之6付后，病人大便转稠，每日一次，食欲略振，每日睡眠能维持在3～4小时，晚上头痛亦有减轻。在保持上述方法治疗的同时，又加全息耳穴的心身点，焦虑调节点，神门，心点，每次选耳穴4～6个穴位，每三日换一次改二日换一次，两耳交替治疗，同时与病人多交谈，使她认为医生是她非常可信赖的好朋友，甚至有些对她最亲的人都没讲的话，也对我们讲。每次治疗完以后，病人都有一种说不出的舒心感，用病人的话说："我们俩有缘份，每来您这儿一次，压在我心头的石头就少一块……"经过三个疗程（每一疗程12次）的治疗，病人睡眠明显进步，不用服西药的安眠药，每天就能睡5～6小时，胃纳转佳，大便成形，由此可见思虑劳倦所致的心脾两亏，不一定用滋养阴血之品，以免妨碍运化功能，只要抓住重点健其脾胃，助其生化气血之功，再加合理的心理导向，就会使顽固的神经衰弱逐渐好转。

在多年的脑血管后遗症的治疗中，我们观察到患此病的大部分病人属性格内向者，或偏于易激惹，易发怒之人。他们得病后由于缺乏这类的医学常识，均存有不同程度的心理障碍，总认为自己这一生到此就完了，后半辈子就是个废人了，因此接二连三的出现些副效应，轻则不配合医生治疗，自暴自弃，甚则拔针管，绝食，寻死等，最终导致本病的再发，甚至危及生命。我们运用精神全息心理分析法，在一定条件下（同病房的住院病人），让同类患者之间相互交谈，特别是请一些曾患有本病而后康复的病人做现身说法，使病人真正的看到自己的将来，从而了解到本病并不是不治之症，以更好地配合医生，积极治疗，早日康复。如曾有位老年女性病人，患高血压病十余年，最近因交通事故中突然丧子，对其心理打击很大，终因脑血管病入院，经住院一个多月的中西药治疗，病情不见好转，诊时见病人一般营养情况差，面黄肌瘦，愁眉紧锁，双目凹陷，吸烟不断。病人主诉头目昏沉加重，胸闷心烦，四肢麻木无力，夜不能寐，寐则多梦，多是梦见死者生前的事，甚至有轻生念头。检查：血压24/11kPa，心电图：偶发房性早搏。血脂分析：血清胆固醇6．1mmol/L，血清甘油三酯：3．4mmol/L；CT显示：腔隙性脑梗塞。舌质红绛，脉搏弦细，虹膜诊断法显示：双眼虹膜外周，特别是脑区有明显的白色圆环，左眼虹膜外上1/4处有散在缺损。在用头针、体针加电针治疗的同时，配合耳穴压豆法，取耳廓相应部位、脑点、皮质下、恐惧焦虑调节点、心身点、神门、心点，每次选3～4个穴位，二日换一次，两耳交替治疗，治疗6次后病人反应良好，自述每当按揉耳穴后，情绪就变得安静些，心情就舒畅些，特别是在按揉脑点、恐惧焦虑调节点等穴后更为明显。据有关资料报道，以上诸穴具有调整大脑皮层功能，改善人体血液循环，调节交感与副交感神经的功能。临床上还常见某些疾病属功能性的，或与情绪有密切关系，临床多方化验、检查总查不出阳性指标。如胃肠神经官能症常表现的情绪性腹泻就比较典型，此症随心情不好、焦虑、精神紧张而加重。治疗时运用精神全息心理分析法，首选耳穴的大脑皮层（脑点）、皮质下、心身点，次选胃、小肠区、大肠区。这种治疗方法与以往的临床治疗有所不同。在诸多的耳针疗法著述中，也很少找到有关这方面的论述。我们认为，由于胃肠神经官能症是神经功能紊乱在肠道的表现，多是以精神因素为背景。因此，精神因素在本病的发生和发展过程中起着重要作用。如过度疲劳，家庭纠纷，生活或工作中难题长期得不到正确解决，久而久之就会干扰高级神经中枢的正常活动，造成兴奋和抑制过程的紊乱，从而引起胃肠功能的障碍，众所周知，每个人对外界刺激的耐受度和反应方式不同，某些人就常常潜存着某种神经官能症的倾向。反之，在胃肠神经官能症的发病中，身体内在的

刺激往往也可成为发病的因素，因为植物神经和内脏的病变反过来也可能向中枢神经发出不良刺激，从而干扰高级神经中枢的活动。

从胃肠神经官能症的病理生理学特点上，我们也不难看出，在本病的治疗过程中，调节高级神经中枢的功能活动，并使其恢复正常，这种意义比直接调理胃肠机能大得多，因为胃肠神经官能症的根本病因并不在胃肠，而是在高级神经中枢的机能紊乱，胃肠道症状只不过是高级神经中枢机能紊乱的一种突出表现。如有的胃肠神经官能症的病人常常伴有程度不同的失眠、焦虑、精神涣散、神经过敏、头痛等其它官能性症状，故治疗时以大脑皮质的投射区、皮质下、心身点等为主穴，胃区、肠区则为辅穴，这样会有利于上述诸症的改善。

第二十七章　全息用药

选择植物的哪一部分用药和怎样用药能获得更高疗效，千百年来人类一直在追求探索，因而积累了丰富的经验。生物各部份全息相关特性被发现以后，张承忠等从全息论观点出发，研究了药用植物的叶形与药用部位的选择和化学成分分布之间的相关性，认为叶形可作为药用部分选择的简明标志。

从“神农尝百草”以来，就以当归、黄芪药用其根；败酱、公英用全草配方；厚朴、杜仲以皮煎汤；双花、菊花以花入药，皆由经验积累而成，“以脏补脏”取之动物，用治人病，被统一在脏腑学说之中。穴位药物贴敷被作为针灸用药的方式之一，它们之间似乎互不相干，可仔细研究，这些过去被看作归属各自学科的药物采收和应用方法都贯穿着一个统一的全息理论，互相之间又是那么明显的具有着一致的哲理共性。

第一节　药物选择、成分与植物形态的全息关系

一、植物叶形与药用部位的全息关系

张承忠，邱芳龙等根据观察、实验和分析对《中药大辞典》收载的2719种根茎叶类植物药材进行了研究，发现植物的叶形与药用部位和化学成分有极大的全息相关性，植物的叶形可作为选择药用部位，反映某些化学成分的粗略标志。如：党参叶形为卵形，或卵状披针形，药用其根。蒲公英叶倒披针形或倒卵形，药用全草。按《中药大辞典》所收载的2719种根茎叶类药材统计符合上述规律的有2139种，占78.69%，不符合者580种，占21.32%　这一研究还很初步，但毕竟使在分类学上认为多变异而不宜作分类主要依据的叶形，在全息选择用药中发挥了重要的作用。

二、叶形与中草药成分的全息关系

邱芳龙、张承忠等依照生物全息关系相关特性推论，叶基部较先端大者，其植株药用化学成分分布地下部分应高于地上部分，反之，叶基部较先端小者，地上部分药用化学成分则高于地下部分，实际分析符合这一推论。7种轮环藤植物各部位生物碱的含量与叶形近似，叶为三角状卵形，根中生物碱含量最高，药用其根。又如掌叶大黄药用根及根茎，测试结果根茎与根中总蒽醌的含量远高于叶。苦木药用树皮和木心，测试结果地上部分总生物碱含量远多于根部。

由上述各类药物成分的分析证明叶形与化学成分及药用部分之间的全息相关性十分密切，特别对一些日趋枯竭的药源的选择用药开发利用很有实践意义。如人参自古以来药用其根，但近代化学和药理证实，根的主要成分是人参皂甙，但人参皂甙不仅分布在人参根中，已发现整个人参植株中，各器官人参皂甙含量的梯度花＞果＞芽＞茎＞叶＞根＞种，这就证明传统用药值得改进，应选用比根人参皂甙含量大而且又易得到的地上部分加以开发利用，会广开药源。再如黄柏药用其茎皮，但已证明其根皮含小檗硷的量比树皮还高。杜仲药用其皮，但茎、叶、枝均可代皮，其药理作用与皮相同。

第二节 药物性能中的全息相关性

几千年来历经实践考验，至今仍指导着临床用药的中药药性理论即四气、五味、升降浮沉、归经，这些理论中都充满了药物的天然性能和人体病理机制及治疗原则之间的全息相关关系。

一、中药的五味

中药的五味是指辛、甘淡、酸涩、苦、咸。所谓辛味是指药物有发散、行气、活血的行散作用。一般治疗表证或气血瘀滞的病症，因为表证形成的病理是外邪束表，发散则能驱邪外出，以解肌表之邪。气滞血瘀为病理机制，行气活血则能行散郁滞，活血化瘀。可以看到发散、行气、活血为药物和人体病理机转的全息相关共性，依此类推，甘能补益，能和中、能缓急，因此就可以治疗人体的虚弱症，缓解疼痛，调和药性的偏弊。酸味能收敛、固涩，因此可治疗虚汗过多，洞泻不止的病症。苦能泻、能燥、能通下热结，燥除湿邪，具有清热、泻火、解毒、坚阴的作用。咸能软坚、散结和泻下，可用于瘀核与热结便秘等。这里面都存在着药物的性能和解除疾病的作用方向的全息相关共性。

二、药物的升降浮沉

药物的升降浮沉是指药物作用的趋向，这里向上如呕吐、喘咳。向下如泻利、崩漏、脱肛。升指上升，降指下降，浮指发散，沉指泄利。一般升浮药是能上行向外，具有升阳、发表、祛风、散寒、涌吐、开窍的作用。而沉降药有泻下、清热、利尿、渗湿、安神、潜阳、熄风、降逆、收敛、止咳平喘的作用，凡升浮药多为花叶类质地轻的药物，凡沉降药多为矿石贝壳等质地重的药物，这里显示药物质轻，其药性升浮，其药物的临床作用也是向上向外的。药物质重，其药性沉降，其临床作用也是向下向里的。其间应用的完全是药物的质地，药性与人体疾病发病机理和治疗原则的全息相关关系。

第三节 全 息 用 药

中医药性理论中早有自发的全息思想渗透，所以在已有的用药原则、方法和途径中就有若干是属全息用药的先例，同时，这些先例也给予我们若干开发全息用药原理的启迪。

一、药穴相合、全息用药

在中医外治法中，一般病在外者贴敷局部，病在内者贴敷要穴为其常规。在《理瀹骈文》中吴尚先曰：“病人所在，各有其位，各有其名，各有其形……按其位，循其名，核其形，就病以治病，皮肤隔而毛窍通，不见脏腑恰直达脏腑也。”说明了要穴贴敷治疗与内脏的全息对应关系，即“不见脏腑而直达脏腑也。”其所谓要穴多为十二经脉的俞穴、募穴、原穴、络穴、郄穴、五输穴等。如清上焦、贴敷心口、肺俞、劳宫、内关为要；欲清中焦，贴敷神阙为要；欲清下焦，贴敷涌泉、劳宫为要。欲温上焦，劳宫、胸口为要；欲温中焦，中脘、神阙为要；欲温下焦，丹田、关元为要。欲补五脏，各取其背俞，欲泻六腑，亦可各取其背俞。欲救阳者贴关元、气海。正如《理瀹骈文》曰：“若脏腑病，则视病所在，上贴心口，中贴脐眼，下贴丹田，或兼贴心俞与心口对，命门与脐眼对，足心与丹田应。”

下面列举部分疾病与药物贴敷（注射）要穴的全息关系。

（一）头面部

1. 百会

方[1]

药物 红蓖麻仁

主治 妇科各种证型之崩漏

出处 《中国民间疗法》

方[2]

药物 五倍子 蓖麻仁

主治 子宫脱垂

出处 《新疆中医药》1992；（1）：封三

2. 囟门

药物 五倍子

主治 小儿疳积

出处 《中国民间小单方》

3. 太阳

药物 黄丹 白蜜

主治 赤眼红肿

出处 《理瀹骈文》

4. 印堂

方[1]

药物 白矾 巴豆 雄黄

主治 小儿口腔溃疡

出处 《中国乡村医生》1994；（10）：35

方[2]

药物 南星 密陀僧

主治 舌病

出处 《理瀹骈文》

方[3]

药物 牙皂 细辛 葱白 生姜

主治 产后胞衣不下

出处《中国民间疗法》

5. 鼻部（嗃鼻法）

方[1]

药物 贝母

主治 急性乳腺炎初起

出处 《本草纲目》

方[2]

药物 南星 薄荷 皂角 半夏 细辛

主治　中风闭证或小儿惊风

出处　《理瀹骈文》

方[3]

药物　平胃散

主治　宿食不消

出处　《理瀹骈文》

方[4]

药物　丁香

主治　湿热黄疸

出处　《中国民间小验方》

方[5]

药物　细辛

主治　中风

出处　《中国民间小单方》

方[6]

药物　瓜蒂　皂角　白芥子

主治　膈上多痰

出处　《理瀹骈文》

6. 水沟（人中）

药物　花蕊石　沉香

主治　产后胞衣不下。

出处　《中国民间疗法》

7. 哑门

药物　怀牛膝　山豆根　黄柏　牡蛎　绿豆

主治　实火喉证

出处　《理瀹骈文》

8. 其他尚有：（1）麝香　梅片　雄黄　巴豆敷眉头，治乳腺炎（《穴敷疗法聚方镜》）。（2）蓖麻仁敷额上，治胎动不安（《方药集》）。（3）蓖麻叶包头上，治功能性子宫出血（《穴敷疗法聚方镜》）等等。

（二）躯干部

1. 膻中

方[1]

药物　银花　连翘　板蓝根　薄荷　牛子　黄连　大黄　赤芍

主治　腮腺炎

出处　《实用外治临床大全》

方[2]

药物　大小蓟　柏叶　荷叶　茅根　茜草根　丹皮　棕皮　大黄　栀子　藕汁　莱菔汁　金墨汁

主治　呕血、吐血、咯血

出处 《理瀹骈文》

2．水分

药物 芒硝

主治 产后尿闭

出处 《祖传秘方大全》

3．神阙

方[1]

药物 五倍子 龙骨 牡蛎

主治 小儿虚汗证

出处 《实用外治临床大全》

方[2]

药物 细辛

主治 口舌生疮

出处 《实用外治临床大全》

方[3]

药物 黄连 干姜 黄柏 黄芩 栀子 细辛

主治 口舌糜烂，心脾蕴热

出处 《理瀹骈文》

方[4]

药物 五倍子

主治 百日咳

出处 《中国民间小单方》

方[5]

药物 马钱子 公丁香

主治 痢疾 泄泻

出处 《实用外治临床大全》

方[6]

药物 吴茱萸

主治 高血压

出处 《中医杂志》1995；（5）：261

方[7]

药物 吴茱萸

主治 癫痫大发作

出处 《中医杂志》1995；（5）：262

方[8]

药物 五倍子

主治 遗精

出处 《理瀹骈文》

方[9]

药物　益智仁　沙苑子　艾叶
主治　崩漏
出处　《中级医刊》1987；(10)：44
方[10]
药物　母丁香
主治　阴囊鞘膜积液
出处　《中医脐疗》
4. 气海
方[1]
药物　十全大补膏
主治　内外诸虚证
出处　《理瀹骈文》
方[2]
药物　葱　姜　蒜
主治　疝气
出处　《理瀹骈文》
方[3]
药物　大田螺　麝香　食盐
主治　前列腺肥大
出处　《上海中医药杂志》1991；(12)：19
5. 四满
药物　五倍子
主治　遗精
出处　《新疆中医药》1986；(4)：封四
6. 关元
方[1]
药物　川椒　吴茱萸　肉桂
主治　男子阳缩证
出处　《上海中医药杂志》1991；(12)：19
方[2]
药物　香豆豉　黑山栀　青葱　盐
主治　前列腺肥大及尿潴留
出处　《江苏中医》1990；(11)：4
7. 丹田
方[1]
药物　地黄饮子贴
主治　风痱
出处　《理瀹骈文》
方[2]

药物　大葱　生姜　胡椒　硫磺
主治　男子阳缩证
出处　《俞穴敷药疗法》
注：使用时同敷神阙穴。
8. 中极
药物　生甘遂　冰片
主治　前列腺肥大
出处　《男病外治良方妙法》
9. 曲骨
药物　蛇床子　菟丝子
主治　阳萎
出处　《中药外贴治百病》
10. 身柱
药物　甘遂　甘草
主治　遗精
出处　《上海中医药杂志》1991；（12）：19
11. 肺俞
方[1]
药物　白芥子粉
主治　小儿支气管肺炎恢复期
出处　《实用外治法临床大全》
方[2]
药物　红砒　阿胶
主治　冷哮
出处　《理瀹骈文》
方[3]
药物　白胡椒　川椒　生姜　冬虫夏草　蛤蚧　核桃仁　蜂蜜
主治　支气管炎、支气管哮喘、新久咳嗽及呼吸困难
出处　《实用外治法临床大全》
注：使用时酌加定喘、涌泉、天突、廉泉等穴。
12. 脾俞
方[1]
药物　白鸡冠花　红花　白术　荷叶　茯苓　陈壁土　车前子
主治　妇女带下病
出处　《穴位贴药疗法》
注：使用时加敷神阙穴。
方[2]
药物　吴茱萸
主治　癫痫小发作

出处　《中医杂志》1995；(5)：262

13. 肝俞

方[1]

药物　理血膏

主治　衄血、溺血、吐血、便血、血郁、血积

出处　《理瀹骈文》

方[2]

药物　吴茱萸

主治　精神运动性癫痫

出处　《中医杂志》1995；(5)：262

14. 肾俞

方[1]

药物　知柏四物膏

主治　遗精

出处　《理瀹骈文》

方[2]

药物　党参　白术　山药　茯苓　当归　熟地　川芎　白芍　陈皮　苏梗　香附　杜仲　川断　贝母

主治　肾虚脾弱兼内热之胎动不安

出处　《中医外治法集要》

15. 夹脊穴

药物　复方丹参注射液（穴位注射）

主治　颈源性眩晕

出处　《中国中医骨伤科》1995；(4)：37

16. 其他尚有：(1) 白术　黄芩　茵陈加金仙膏贴敷心口，治阳黄（《理瀹骈文》)。(2) 拉拉藤　威灵仙　五加皮　川芎　红花　桃仁　赤芍　当归　麝香敷胸口，治再生性障碍性贫血（《实用外治法临床大全》)。(3) 郁金煎汤抹胸口，治热结血闭之月经逆行（《中医外治法类 编》）等等。

（三）四肢部

1. 臑会（右侧）

药物　毛茛

主治　湿热黄疸

出处　《中国民间小单方》

2. 内关

方[1]

药物　当归注射液（穴位注射）

主治　痛经　月经不调

出处　《浙江中医杂志》1988；(12)：530

注：使用时与三阴交穴同用

方[2]

药物 复方丹参注射液（穴位注射）

主治 急性乳腺炎

出处 《针灸临床杂志》1994；10（5）：21

注：使用时与足三里穴同用

3．鱼际

药物 大蒜

主治 咽喉肿痛

出处 《中国民间小单方》

注：使用时与大椎穴同用

4．劳宫

方[1]

药物 南星 川乌

主治 心悸

出处 《中医外治法简编》

注：使用时并敷足心

方[2]

药物 巴豆

主治 面神经麻痹

出处 《太平圣惠方》、《本草纲目》

方[3]

药物 生龙骨 珍珠粉 琥珀末

主治 失眠

出处 《江西中医药》1991；（2）：36

方[4]

药物 芒硝

主治 遗精、阳强

出处 《中医外治法集要》

方[5]

药物 桃仁 杏仁 栀子 乳香 没药

主治 跌打损伤皮肤未破者

出处 《中国医疗秘方》

方[6]

药物 香豉 葱白头

主治 小儿感冒风寒

出处 《穴位用药》

方[7]

药物 旱莲草

主治 风火牙痛

出处　《贵州民间方药集》

方[8]

药物　食盐

主治　咽炎、扁桃体炎

出处　《外治寿世方》

方[9]

药物　大枣　大葱　巴豆　黑砒霜

主治　直肠癌

出处　《中医外治杂志》1993;(2):35

方[10]

药物　猪心血　麝香

主治　麻疹不透

出处　《普济方》

注：使用时并涂口唇上

5. 箕门

药物　当归注射液（穴位注射）

主治　阴囊湿疹

出处　《陕西中医》1990,(11):518

6. 委中

药物　鲜扛板归叶

主治　急性乳腺炎

出处　《闽东本草》

7. 足三里

药物　徐长卿注射液（穴位注射）

主治　助腹部手术后肠功能恢复并可镇痛

出处　《上海中医药杂志》1994;(10):42

7. 涌泉

方[1]

药物　巴豆壳　巴豆仁　伤湿止痛膏

主治　肝阳头痛

出处　《吉林中医药》1986;(1):36

方[2]

药物　吴莱萸

主治　高血压

出处　《中医杂志》1995;(4):20

方[3]

药物　叶下红　鲜扛板归叶

主治　急性乳腺炎

出处　《闽东本草》

方[4]

药物 吴莱萸 地龙

主治 脓疱疮

出处 《江苏中医》1991；(1)：6

方[5]

主治 脓疱疮

出处 《江苏中医》1991；(1)：6

方[5]

药物 莱菔子 白芥子 地肤子

主治 口疮

出处 《湖北中医杂志》1984；(2)：14

方[6]

药物 生草乌 生南星

主治 咽喉肿痛

出处 《理瀹骈文》

方[7]

药物 大蒜

主治 崩漏

出处 《江西中医药》1990；(2)：14

方[8]

药物 生山栀 鸡蛋

主治 小儿高热

出处 《四川中医》1990；(10)：29

方[9]

药物 吴茱萸 大黄 胡连 南星

主治 流行性腮腺炎

出处 《俞穴敷药疗法》

方[10]

药物 南星

主治 吐泻不止

出处 《普济方》、《本草纲目》

方[11]

药物 蓖麻子 薤白

主治 水肿

出处 《俞穴敷药疗法》

8．至阴

药物 姜泥

主治 胎位不正

出处 《中西医结合杂志》1989；(6)：375

综上我们不难看出要穴与所病脏腑器官之间存在着全息对应关系，正是由此，药贴要穴就可治疗好有关脏器的疾患，倘若在各有关全息元上的患病穴区，加以药物贴敷和注射，也可取得相应要穴贴敷治病的效果，这是值得今后开发利用的一个全息用药方向，具有用药量小、效捷、经济、简便等特点。

二、上病下治、下病上治的全息用药原则

在药物贴敷要穴治病中，已经涉及到若干上病下取、下病上治的治法，如治疗小儿脱肛可以药敷囟门，治妇女崩漏可药敷百会穴；治疗口疮，小儿惊风可药贴涌泉穴；治头痛、高血压、鼻炎亦可药贴涌泉穴。这些均为上下对应全息药敷的例证。

此外，在中医传统用方中亦有若干全息用药的先例。如口舌生疮，小便短赤多见于心经实热证。因舌为心之苗，心与小肠相表里，心火过盛则口舌生疮，心移热于小肠则尿短赤。治此证方用导赤散，药选生地、木通、淡竹叶、生甘草、以清心热利小便，引热下行。此为口舌疾病的上病下治的全息对应用药。再如口苦、目赤、耳聋、耳肿、头痛的病机为肝胆实火上逆，故用龙胆泻肝汤，取龙胆草、柴胡、黄芩、栀子、木通等药以清泻肝火，此又一上病下治的例证。

三、“以脏补脏”的全息用药（同质用药）

“以脏补脏”为中医用药原则，也是一种全息用药方法。如心病用猪心，鹿心医治；肺病用肺脏治之；肝病可以食猪肝，鸡肝；肾病可食猪羊的肾脏等，在此基础上进一步发展而形成了若干脏器制剂。取狗骨以治疗风湿关节疼痛亦是取狗虽久卧湿冷之地，但从无关节炎发生之理而应用于人体，以治疗人的关节疾病或增强抵抗力的，这其中就包含了人体本身和人与动物各类同全息元间的全息对应关系，并且发挥了一定的临床效用。

四、同形用药

利用中药与人体病变部分外形上的相似，或者中药在其整体中的部位与人体病变部分在人体整体中的相应部位而选择合适的药物。如五皮散，方中皆为皮类药物，功能主治皮水，此即为部位的全息对应用药。张秉成在《成方便读》中归纳为“皆用皮者，因病在皮，以皮行皮之意”。外形全息对应用药多为植物类中药，例如核桃，其状如脑，临床上多用于健脑益智。

五、同性用药

选择具有某种特殊性能的中药，用于治疗人体因相应的功能特性减弱而导致的疾病。如祛瘀多用水蛭、䗪虫、虻虫、蛴螬之类，张璐在《张氏医通》中称上述药为“蠕动啖血之物”，能“行去其血”。这是通过水蛭，䗪虫等药的活血通络作用而达祛瘀之效。

六、全息择时用药

择时用药是依据人体的各种生理、病理节律，结合病因、病机的周期性变化，选择最佳时间用药，以发挥药物的最大效能。根据人体节律周期的长短，可归纳为以下几种择时用药的方法：

（一）择季用药

包括药物的择季应用与疾病的择季治疗两个方面。

1．药物的择季

药物的择季应用主要体现在“四时药忌”与“四时药宜”。

“四时药忌”实际上即是“用寒远寒，用热远热”的治则，是根据四季对人体生理、

病理的影响而制定的。早在《素问·厥论》中便有这样的阐述："春夏则阳气多而阴气少，秋冬则阴气盛而阳气衰"，故李东垣提出"冬不用白虎，夏不用青龙，春夏不服桂枝，秋冬不服麻黄，不失气宜"，否则"不远热则热至，不远寒则寒至。"

"四时药宜"是与"春宜吐，夏宜汗，秋宜下，冬宜补"的原则相对应的，成无己认为"春时阳气在上，邪气亦在上，故宜吐；春夏阳气在外，邪气亦在外，故可发汗；秋时阳气下行，则邪亦在下，故宜下"。李东垣则有更形象的论述："春宜吐，象万物之发生，耕、耨、科、斫，使阳气之郁者易达也；夏宜汗，象万物之浮而有余也；秋宜下，象万物之收成，推陈致新而使阳气易收也；冬周密，象万物之闭藏，使阳气不动也"。李时珍在《本草纲目》中亦提出要"顺时气而养天和"，故用药当因季节而有所变化。

2．疾病的择季治疗

疾病的择季治疗是依据疾病的病理节律，主动利用疾病随季节而变化的特点，避开疾病易发生或易加重的季节，而选其不发病或病势趋于和缓的季节进行治疗。根据《素问·四气调神论》中的论述，可将其分为"春夏养阳"与"秋冬养阴"两个方面。

"春夏养阳"适用于阳虚不足、阴寒内盛之证，张璐在《张氏医通》中曾记载"冷哮灸肺俞、膏肓、天突，有应有不应，夏月三伏日用白芥子涂法，往往获效"此即所谓"冬病夏治法"。现多用于老年性慢性支气管炎、支气管哮喘、喘息性支气管炎等，于夏季采用敷贴、针灸、内服中药等综合疗法，多获得显著疗效。

"秋冬养阴"虽未形成类似于"冬病夏治法"的系统疗法，但冬令进补则一直为临床上所常用，临床上主要适用于阴虚证。秋冬为阴盛之时，阴虚病人此时注意养阴，以不致春夏时阴气不足。一些消耗性疾病，如各种结核病，往往耐冬不耐夏，故冬季当服滋补肝肾药，或培土生金之剂，可减轻症状，有利于疾病的康复。曾有报道，乙型肝炎患者及乙型肝炎病毒携带者，其病情及肝病毒表面抗原滴度于春、夏两季往往加剧和提高，而治疗效果及肝病毒表面抗原转阴率则以秋冬两季施治明显为优。

（二）择日用药

择日用药主要是根据人体气血的应月变化节律而择取一月中的某几日立法用药，包括根据人体自身月节律用药和根据月亮盈亏节律择日用药两种。临床上多用于妇科疾患。

1．按月经节律用药

按月经节律用药的方法在古代医籍中记载甚多，如《济阴纲目》中调经种玉汤方后所说"临卧服待经至之日起一日一剂，药尽经止"，即是按月经的不同时段用药的方法。临床上常将正常妇女的月经周期按气血变化节律分为四个不同阶段：经前期、行经期、经后期和经间期。不同的月经病在各阶段的病理变化有所不同，故治疗时当在月经的不同阶段调治，而治则也有所不同，一般说来，经前期以疏肝理气为主，行经期以泻血化瘀为主，经后期以补肾扶下为主，经间期以健脾祛湿为主。如痛经多在行经期治疗为最佳，并在经前期配合治疗；月经不调者，经前期治疗为佳。关于月经病的周期治疗现已有闭经周期治法、经前期紧张症的周期调治法、痛经的周期治法等等方法。曾有报道，根据月经周期治疗女性痤疮、在月经经期治疗妇女尿路结石，疗效均较显著。

2．按月亮盈亏用药

按月亮盈亏用药是指根据疾病的虚实而在月亮盈亏的不同时段调治妇科病。如《素问·八正神明论》指出：月生无泻，月满无补，月郭空无治，是谓得时而调之"，而"月生而

泻，是谓藏虚；月满而补，血气扬溢，络有留血，命日重实；月郭空而治，是谓乱经。”有人据此而用于临床治疗妇科疾病，即按月亮盈缺的相位变化分为四个不同时段，可增强疗效，其一为上弦调经，以温养补益为主；其二为月望逐瘀，以活血通络为法，其三为下弦安胎，以固摄安保为重；其四为朔时止带，以除湿健脾为则。此法主要用于月经周期与月亮盈亏周期而相应变化的患者。

（三）、择时用药

择时用药在临床应用最广，它根据人体生理、病理的昼夜变化选择最佳时辰用药。主要包括药物的择时应用及疾病的择时施治两部分。

1. 药物的择时应用

由于药物的四气五味不同，及其功效之间的差异，在不同时辰对人体效应有所不同，如王好古在《阴证略例·阴阳寒热各从类生服药同象》指出：“假令附子与大黄合而服之，昼服则阳药成功多于阴药，夜服则阴药成功多于阳药”，他将药物按性味分为阳、阴两类，阳药即指气轻、味薄、性寒凉一类药物，当昼进；阴药为气重、味厚、性温热一类药物，当夜服。

药物的择时应用还表现在不同方剂的应用上：吐药宜早晨或上午服，如《医学入门》中认为，麻黄汤、桂枝汤等“俱宜午时前发汗，午后阴分不宜”；泻下药宜下午或晚上服，如李东垣指出：“下无太晚，非待久之晚，乃当日巳午后为阴之分时下之。”益气补阳药宜上午或清晨服，李东垣认为，此类药于清晨或午前服之，“药必神效”；滋养阴血药宜夜间服，如刘河间于此时用养阴降火之止痛散治目痛、额痛疗效颇佳；祛水湿药宜清晨服，如《类编朱氏集验医方》所载之鸡鸣散，其服药时间即为五更；安神药宜临卧服，如王肯堂以远志丸安神，以秘传酸枣仁汤养血宁神，均在夜卧前服用。

2. 疾病的择时治疗

疾病的择时治疗可按病位、病性、疾病的病理变化而择时治疗。

按病位择时而治：此法系依据人体阴阳气血升降的活动特点，在不同时辰气血有趋向于外与趋向于内之异，可藉此用药而使药力作用于疾病所在部位。旦时阳气初生，气血趋向于外，散布四肢肌表，故外感疾病、四肢病变、皮肤病等病位在表的疾病宜在清晨用药。如《五十二病方》中的治“白处”，内服药当“旦服”、外服药当“以旦未食敷药”的方法；午后暮夜则阳气内藏，阴气隆盛，气血趋向于里，输布内脏组织，故治疗病位在里的疾病如肝、胆、肾等脏的病变宜午后暮夜服用。如《王氏医存》中治疗病变在骨髓，便提出宜在午后暮夜用药。

按病性择时而治：根据疾病性质寒热虚实的不同，而在人体气血变化不同之时治疗。平旦、午前阳气渐生而盛，阴气渐衰，故阳虚、阴盛及寒性病变宜于平旦、午前服药，以乘阳气升以之势而达温阳抑寒之效。如李东垣认为，治疗中焦虚寒证，宜在平旦、早午饭之间用药。午后、暮夜阳气渐生而盛，阴气渐衰，故阴虚、阳亢及热性病变宜于午后、暮夜服，以乘阴气隆盛之时而滋阴、潜阳、除热。如叶天士认为，对肝阳上亢者用肝阳药宜暮服，胃阴不足者应晚上服用滋胃阴药。

按疾病的病理变化择时而治：适用于临床发作有时的疾病，根据疾病变化的周期择时而治。即在疾病发作前用药，以使药物发挥最高疗效，并可减少某些药物剂量及降低毒副反应，如《素问·刺疟篇》认为“凡治疟者，其发各不同时，察其病形，以知其何脉之病

也，先其发时如食顷而刺之”。此类方法现代医学在临床中亦有运用，如高血压所致急性左心衰竭多在夜间 11:00 至 01:00 时发病，在晚上 10:00 左右投以适量扩血管药及小量利尿药，往往可防止夜间左心衰竭的发生。

在前人自发应用的启迪下，今后如何自觉的按全息理论指导用药，并使其系统化是目前正在努力探索的一个重要课题，深信不久的将来在这方面会取得重大的进展。

第二十八章　全息医学的前景展望与任务

全息医学经过了漫长的思想孕育，在众多专家学者大量实践的基础之上，本书的问世就是全息医学作为医学大家庭中的一员已走完其童年的时日，从它诞生的时候起，其任务就是繁重的，但其道路又是极为宽广的，在医学向着自然疗法方向发展的当今，它将是一支有力的新军。

第一节　全息医学的广阔生物医学前景

穴位全息相关是全息医学用作在生物医学范畴广泛开拓的理论基础，曾被人们一时看作各自独立的头针、头皮针、耳针、鼻针、手针、足针、面针、眼针、颈针、腹针、腕踝针……等都是总结了个人的经验，自发地加以局部“平面”描绘，形成的不同人体缩影。当我们从全息医学的高度，将已知全息诊疗法群体加以归类综合时，我们就可清楚地看到在同一个全息元上，不同专家、不同时代、不同地区所绘出的“人形”不尽相同，或差距很大，或倒竖不等。以眼全息元来看，中医的五轮与虹膜诊断穴位的脏腑器官配置至少已有 3 种，八廓与脏腑全息关系的配置至少有 7 种，这样一只眼睛至少已有 10 种不同的脏腑全息关系“立体”的配置运用于临床实践中均各有一定疗效。

耳针源出中国，但法国人诺吉的耳穴与中国的耳穴在肌肉骨骼和感觉系统、内脏和内分泌系统，神经系统及全身功能性疾病的穴位配置上都有很大差异，显示了耳部穴区的“立体”关系。并且尉迟静还提出了有别于普通耳针穴位的新配置。黎道伦提出耳背亦是人体的一个缩影，他们各按自己经验总结的理论给同一患者当场施治，均取得了满意的疗效，一只小小的耳朵也已有 7 种卧着的人体缩影被用于临床。

面诊出自中国，后传到西方，经过长期实践各有了差异，加之鼻针、口针、人中针、舌针、本书已收入的就有 6 种立体的“人形”被发现和用于临床。

方云鹏对头皮针有精深的研究，在头皮上至少他已运用了“伏象”、“伏脏”、“倒伏象”、“倒伏脏”等 6 种人体缩形，倒竖不等的“立体人形”穴区配置，加上焦顺发的头针、颈针、朱－周氏头皮针，汤氏头皮针、李倚灵在新加坡第一届国际全息生物学学术讨论会的大会发言中还提出在后头部亦专有一人体缩形，这样人体一个头部已发现的人体缩形配置图就有 11 种，在临床中发挥着特殊疗效。

竹之内诊佐夫研究绘出的手全息图，吴神父、吴长新的手部按摩穴区配置，张心曙的腕踝针与方云鹏的手“伏象”、“伏脏”、“桡倒象”、“桡倒脏”、“尺倒象”、“尺倒脏”形成了手部 9 种人体“立体”缩影，使手全息元展现出一个多角度的人形为人们治疗不同疾病有了比较和选择的余地。

中国的足针，西德的足按摩图，瑞士的足按摩图，方云鹏的足“伏象”、“伏脏”、足“胫倒脏”、“腓倒脏”、“胫倒象”、“腓倒象”，合而绘出一个“九面玲珑”的人体“立体”缩形配置被不同国家用于保障人民的健康。

菲特兹格拉德和平田各提出不同数量的反射区带并描绘出人体的脏器全息分布规律，张颖清提出了穴位全息律，郑州薛氏提出在人体背侧有着与张颖清在腹侧所描绘的全息穴区序列次序正相倒置的全息穴区配置，并经临床验证疗效良好。王存臻提出了两极全息律，人体两极全息相关，前者的取向与后者恰好相反，就象两块取向相反而又正好结合在一起的磁铁，这两条全息律一正一负，相辅相成象两条相互咬着的龙形成一个奇特的怪圈。

纵观上述各全息元上的全息影像，我们很容易就发现各全息元上均有不同的穴区配置，形成了多个"立体"影像（当然其中也难免有误差）。方云鹏称这为"伏象"、"伏脏"、"倒象"、"倒脏"。王存臻称之谓"两极全息"、"负向全息"。彭文发称之谓"叠息"、并认为是受外界环境的压力而致。我们认为这可能是生物长期进化发展的结果。我们分析低等生物的发展历程时自然会发现低等生物多为辐射对称的体制，它们从四面八方接受各种刺激，也从四面八方对外环境作出应有的反应，没有头尾的区别，也无前后左右之差异，如原始的藻类、海绵动物等，直到后来动物才出现了两侧对称，有了头尾的区别。而头部就成了适应外环境变化并及时作出相应反应的司令部，所以脑随之发达起来，各种感受器亦由原来的辐射状分布发展成高等动物的两侧对称的感官，这样原辐射对称的节肢上（全息元上）的若干整体缩影在两侧对称的节肢上就可能留下"印痕"，在不同人受实践范围所限而发现了各自熟悉的那部分人体"缩影"并加以命名而成的。从前面已述的头部有着特别多而且立体影象也特别复杂的临床实践经验来看也足以说明这一点，因为人体头部是各种感官最集中最发达的部位，故其立体缩影也最复杂，最敏感，最易获效。

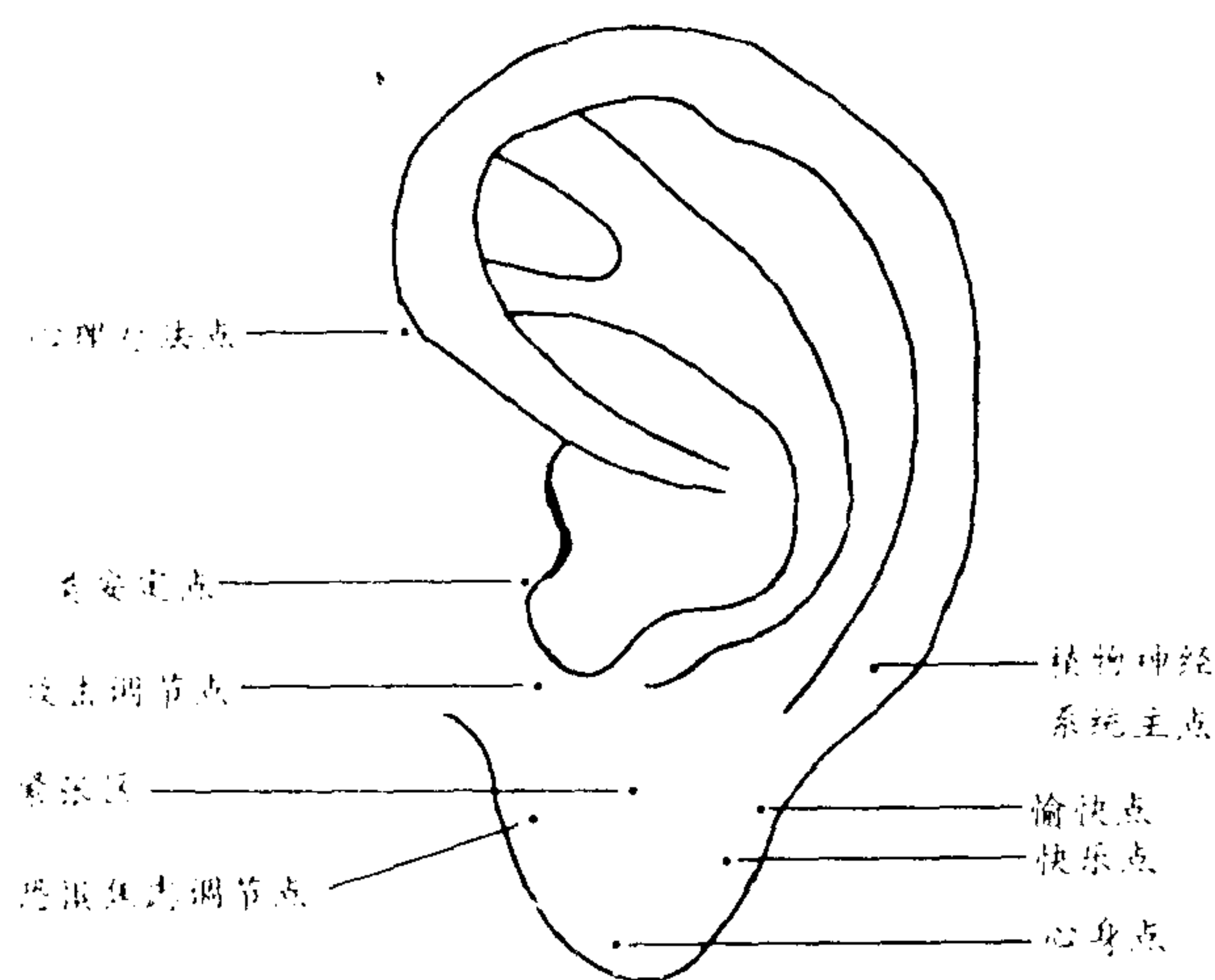


图 28－1　诺吉耳穴心身疾病诊断治疗穴区示意图

这种全息配置关系早已被前人在各种微针疗法，全息疗法中不自觉的运用，如眼针疗法中的首尾循经取穴；若干头部疾病选取足底穴位治疗；手象针、人中针的交叉取穴或米式取穴；舌针的上下配穴，左右配穴，吴氏足部病理按摩中，髋关节炎按足的肩区可以治疗。这些均属用多方位的全息对应来诊治疾病的例证。

从全息医学的角度来看，我们既应充分使用现在已有的各种全息诊疗法（仅本书就涉及了 102 个不同的全息元，加上其全息元的立体多方位配置就更多了），又不能满足于看来已够众多的全息诊疗法群，而应以穴位全息相关和多方位全息配置的理论作指导，自觉的从全息元大到整体的某一器官，节肢，小到甚至于细胞群的广度，从每个全息元都可能有人体"立体"缩影配置的深度，去广泛探索寻找那些与某些疾病全息相关关系最大的全息诊疗法为人类解除病痛，并逐渐形成全息生理学、全息病理学、全息诊断学、全息治疗学等独立分科，从这个意义上来说全息医学的生物医学范畴是极其广阔的。

第二节　精神全息心理分析的心身医学价值

如果读者曾仔细注意过诺吉的耳穴配置时，就会发现在耳全息元上已经找到了心理疗法点、恐惧点、焦虑调节点、心身点、快乐点、愉快点等调节心身关系的穴区（见图28－1）。面诊和手全息望诊有经验的医生都可以通过面相和手相判断出就诊者的家庭、职业、性格、心理状况、生育状况及心血管系统、呼吸系统、神经系统的若干心身疾患，这里就充分体现了物质——精神之间的全息共振关系及其在临床中的作用，中国的传统文化中在这方面有着丰富的但又是值得批判接受和运用的内容，我们若从精神全息心理分析法，从躯体与心理相结合的高度，自觉的朝心身医学角度开发，一定会有所作为的，使已开发和待开发的全息诊疗法群具备诊治心身疾病的穴区，是全息医学努力完成的任务之一。

王、严精神全息、精神全息律和物质——精神全息律认为人类精神的每一种形态都可以看到精神整体，如通过个人的情感可以看到社会情感的沉淀；社会情感又透过父母、家庭、亲属、相识等一切社会关系及书本、广播等信息传递工具，时时影响着个体情感，并转化为个体情感。心理状态就是肉体状态的反映，反之，肉体状态就是心理状态的反映。无论心理某一部分的变化，还是肉体某一部分的变化，都会引起整个心理和肉体的连锁反映，形成全息共振效应。所以身体的一切活动都是精神活动的体现，而精神活动则是身体一切活动的综合效应。根据上述认识，李莱田提出了精神全息心理分析法，借以深入研究个人与家庭、整个社会的全息共振关系。例如不少青年对遗精、早泄有恐惧害怕心理，甚者忧心忡忡，影响学习、工作、健康及婚恋关系。我们运用精神全息心理分析法，在一定条件下让同类患者集体倾谈，互相交换“隐私”的结果，使患者真正了解到男人在婚前没有适当性交对象时，都会按期排精；并说明所谓性交，只要夫妻双方都心满意足即可，没有非得维持统一的时间。使患者产生对遗精、早泄正确认识的全息共振，其心理障碍消除而病愈。在进行临床心身疾患诊疗时，不论从患者的“过去”了解“现在”，还是追查患病的来龙去脉，分析前因后果，都要利用物质——精神全息共振关系，以求获得完美的效果。精神全息和物质——精神全息共振在心身障碍的分析治疗、集体治疗、家属治疗和支持治疗原则的应用中起着重要的作用。

第三节　时间全息与提高疗效

任何物质系统的结构都是空间结构和时间结构的统一，物质现象的共存和变化——空间和时间是相互依存不可分割的。已被全息理论统一起来的若干诊疗法群，都很少谈到它们的时间结构，当由个别的疗法上升为全息医学时，就很有必要确立时空统一的概念，阐发和运用时间全息以求提高疗效。

现已确认人体许多器官的节律，可以发生很强的控制效应，并能使身体不同部位的过程同步化。因此，我们可以说这很可能同样存在于头皮、耳、眼、手、足……等众多的全息元中。全息医学的研究内容不仅是选择代表人体缩影的众多全息元仅定位的诊治疾病，而应按照时间全息理论，去定时地选择适宜时间诊治疾病，以使用一分的时间全息措施，

去获得十二分的空间全息措施的疗效，自觉地运用时间全息，时间生物学的理论和方法去探索全息诊疗法对各种病症的共同或独特施治的时间效应，是全息医学研究开发的又一课题。方云鹏在创用头皮针时已注意到这一点。药物采收中“三月茵陈，四月蒿，五月砍来当柴烧”的歌谣已表述了时间与药物疗效的全息共振关系。即使在四季和一日中，舌苔、脉象均有不同的时间节律变化。总之，对全息元的各种时间节律研究尚少，着意这方面的研究，不仅会使全息医学时空结构完善化，而且可以促进祖国医学脏腑学说等理论中一时难以研究清楚的复杂时间问题得到解决。

第四节 全息医学的主要任务

全息医学是一门创立不久的新学科，急待研究的课题很多，现就较重大的任务归纳如下：

1. 深入开发躯体全息元及其位体配置，用于躯体诊治，并培养大批在多种全息元上综合诊疗的医务人员。

2. 深入开发躯体全息元上的精神心理穴区，以求心身同治。

3. 深入开展精神心理全息分析诊疗法的研究，以诊治日益增多的精神心理及心身疾患。

4. 运用现代多学科知识和技术进行全息机理的经典实验，使东方思辨科学的成果与西方分析观点的认识取得统一。

5. 努力开发时间全息的研究和应用，力求用一分时间全息的诊疗措施去获取十二分空间全息诊疗的疗效。

6. 运用全息理论进行药物开发和优选，以提高药物产量和质量；大力开发全息用药的临床实践，以提高全息诊疗的疗效。

7. 开展全息诊疗仪器的研究，提高仪器诊断的准确率和治疗的有效率，努力使仪器标准化，智能化，多样化。

8. 组织国内外全息医学专家每隔3～5年修订再版一次《全息医学大全》，为全息诊疗技术的规范化，理论的不断完善和大力培养人才奠定良好基础。

全息医学所面临的任务十分繁重，热烈欢迎国内外关心和热爱全息医学的有识之士共同拼搏，努力开拓，集贤积智，把全息医学的事业办好。

主要参考资料

〔1〕（清）周学海：《形色外诊简摩》，江苏科技出版社，1984
〔2〕（清）林之翰：《四诊抉微》，人民卫生出版社，1981
〔3〕（清）陈梦雷：《古今图书集成·医部全录》，（第一，二册），人民卫生出版社，1988
〔4〕（明）李时珍：《本草纲目》，人民卫生出版社，1982
〔5〕焦春荣等：《医学新学科研究进展》，广西师范大学出版社，1990
〔6〕李莱田：《全息医学》，山东科技出版社，1991
〔7〕张颖清：《生物全息诊疗法》，山东大学出版社，1987
〔8〕张奇文等，《人体全息诊疗学》，山东大学出版社，1990
〔9〕叶永在：《全息生物学原理及应用》，福建科技出版社，1988
〔10〕山东中医学院：《黄帝内经素问校释》，人民卫生出版社，1983
〔11〕方云鹏：《头皮针》，陕西科技出版社，1982
〔12〕张笑平：《针灸作用机理研究》，安徽科技出版社，1983
〔13〕郭长青：《微针疗法》，重庆出版社，1989
〔14〕焦顺发：《头针》，山西人民出版社，1982
〔15〕杨甲三：《针灸学》，人民卫生出版社，1989
〔16〕任振芳：《宇宙全息与人体信息诊疗》，黄河出版社，1989
〔17〕郑魁山：《子午流注与灵龟八法》，甘肃人民出版社，1983
〔18〕刘冠军等：《子午流注与针灸推转盘》，上海科技出版社，1982
〔19〕朱振华：《手针新疗法》，人民军医出版社，1990
〔20〕伍锐敏：《足反射疗法》，中国医药科技出版社，1990
〔21〕方云鹏：《手象针与足象针》，陕西科学技术出版社，1986
〔22〕韩善藏：《气道医学》，现代出版社，1989
〔23〕李乃民等：《望舌诊病》，黑龙江科技出版社，1987
〔24〕韩文领：《预测疾病的面相学和手相学》，科技文献出版社重庆分社，1989
〔25〕张颖清：《全息生物学研究》，山东大学出版社，1985　P.1～21
〔26〕王身立：《全息生物学研究》，山东大学出版社，1985　P.137～138
〔27〕刘冠军：《脉诊》，上海科技出版社，1979
〔28〕王存臻等：《宇宙全息统一论》，山东人民出版社，1988
〔29〕王存臻等：《宇宙统一科学》，山东人民出版社，1988
〔30〕孙星衍等：《神农本草经集注》，人民卫生出版社，1955
〔31〕张心曙：《腕踝针疗法》，人民军医出版社，1990
〔32〕黄建平：《祖国医学方法论》，湖南人民出版社，1982
〔33〕刘涛：《实用心身医学》，农村读物出版社，1989
〔34〕蔡能等：《心身病》，上海科技文献出版社，1985
〔35〕邓明星等：《性心理学探索》，上海科技出版社，1989
〔36〕王未渠：《中医心理学》，天津科技出版社，1988
〔37〕石川中：《心身医学入门》，人民卫生出版社，1986
〔38〕凌一葵：《中药学》，上海科技出版社，1984
〔39〕张树生等：《中药贴敷疗法》，中国医药科技出版社，1988

〔40〕 南京中医学院：《中药大辞典》（上、下册），上海人民出版社，1977
〔41〕 成都中医学院：《中医眼科学》，上海科技出版社，1982
〔42〕 张承忠等：《全息生物学研究》，山东大学出版社，1985，P.51～56
〔43〕 邱芳龙等：《全息生物学研究》，山东大学出版社，1985，P.56～58
〔44〕 成都中医学院：《中医治法与方剂》，人民卫生出版社，1982
〔45〕 姜春华等：《中医治则研究》，上海科技出版社，1982
〔46〕 舒炜光：《自然辩证法原理》，吉林人民出版社，1984
〔47〕 符·约·斯维杰尔斯基：《空间与时间》，上海人民出版社，1959
〔48〕 皮尔兹：《生物钟》，科学出版社，1979
〔49〕 盖国才：《穴位诊断法》，科技文献出版社，1981
〔50〕 黄宗勤：《常见病中草药外治疗法》，福建科技出版社，1981
〔51〕 山东中医学院：《中药方剂学》（上、下册）山东人民出版社，1976
〔52〕 宋为民等：《中医全息论》，重庆出版社，1990
〔53〕 山东中医学院：《针灸甲乙经校释》，人民卫生出版社，1980
〔54〕 河北医学院：《灵枢经校释》，人民卫生出版社，1982
〔55〕 （日本）丹波元简：《素问识》，人民卫生出版社，1984
〔56〕 （日本）丹波元简：《灵枢识》，人民卫生出版社，1984
〔57〕 （日本）丹波元坚：《素问绍识》，人民卫生出版社，1984
〔58〕 （德）恩格斯：《反杜林论》，人民出版社，1970
〔59〕 A. 范恩斯坦：《信息论基础》，北京科学社，1964
〔60〕 符福岠《信息学基础理论》，科技文献出版社，1994
〔61〕 涂序彦：《生物控制论》科学出版社，1980
〔62〕 薛琴仿：《场论》，地质出版社，1978
〔63〕 （苏联）в.и. 雷德尼克：《场》，科学普及出版社，1981
〔64〕 文中坚：《生物与仿生学》，广西人民出版社，1982
〔65〕 （德）W. 海森堡：《物理学与哲学——现代科学中的革命》，科学出版社，1974
〔66〕 李汝琪：《发生遗传学》，科学出版社，1985
〔67〕 府强：《实用针灸疗法临床大全》，中国中医药出版社，1991
〔68〕 麻仲学：《中国医学诊法大全》，山东科技出版社，1990
〔69〕 麻仲学：《中国医学疗法大全》，山东科技出版社，1990
〔70〕 吴振廷：《儿科按摩学》，华夏出版社，1989
〔71〕 金义成：《小儿推拿》，上海科技文献出版社，1981
〔72〕 中医研究院：《针灸研究进展》，人民卫生出版社，1981
〔73〕 吴更伟等：《观手识人——体质．心理．遗传．保健》，河北科技出版社，1990
〔74〕 齐易祥：《实用组织学与胚胎学》，中国科技大学出版社，1993
〔75〕 宗铁生：《人体胚胎学》，科学出版社，1987
〔76〕 唐竹吾：《中枢神经系统解剖学》，上海科技出版社，1986
〔77〕 （美）F.J.Ayala&J.W.Valentine（胡楷译）：《现代综合进化理论》，高等教育出版社，1990
〔78〕 泽龙：《医学手相》，广东科技出版社，1994
〔79〕 高树中：《中医脐疗大全》，济南出版社，1995
〔80〕 高树中：《中医手心疗法大全》，济南出版社，1995
〔81〕 高树中：《中医足心疗法大全》，济南出版社，1995
〔82〕 邓铁涛：《实用中医诊断学》，上海科技出版社，1988

〔83〕 北京中医学院：《中医舌诊》，1980
〔84〕 陈泽霖：《中医舌诊史话》，江苏科技出版社，1983
〔85〕 庄泽澄：《中医诊断学》，科学出版社，1992
〔86〕 杨志寅：《诊断学大辞典》，华夏出版社，1993
〔87〕 李彤：《中国民间传统望诊奇术》海南出版社，1992
〔88〕 杨力：《中医疾病预测学》，北京科技出版社，1991
〔89〕 王萍：《望诊相病77法》，学苑出版社，1989
〔90〕 张树生等：《中华医学望诊大全》，山西科技出版社，1994
〔91〕 王琦：《中国腹诊》，学苑出版社，1994
〔92〕 邱茂良：《针灸学》，上海科技出版社，1985
〔93〕 马汴梁：《敷脐疗法治百病》，人民军医出版社，1994
〔94〕 程爵棠：《针药鼻脐疗法》，人民军医出版社，1993
〔95〕 彭静山：《眼针疗法》，辽宁科技出版社，1990
〔96〕 李彤：《观目诊病》，广西民族出版社，1991
〔97〕 赵庭富：《观眼识人》，河北科技出版社，1994
〔98〕 陈佑帮：《中医病证诊断疗效标准》，南京大学出版社
〔99〕 吴更伟等《精易手足按摩法》，河北科技出版社，1994
〔100〕 陈向平：《手足按摩、刮痧，自我诊病疗法》，天津科技翻译出版公司，1994
〔101〕 王岱等：《实用微针疗法》，中国中医药出版社，1994
〔102〕 朱明清：《朱氏头皮针》，东洋学术出版社，1989
〔103〕 朱明清等：《中国头皮针》，广东科技出版社，1993
〔104〕 王文华等：《指甲诊病》，上海中医学院出版社，1990
〔105〕 朱进忠：《天人相应与辨证论治》，山西科学教育出版社，1985
〔106〕 李浚川：《情志医学》，中国古籍出版社，1994
〔107〕 天津红桥区第二防治医院．手针停喘穴的发现和应用．辽宁医药，1971；(1)
〔108〕 陈泽霖：试论舌与整体的内在联系．医学与哲学，1980；(3)
〔109〕 彭静山：眼诊与眼针．安徽中医学院学报，1982；(4)：28
〔110〕 殷文治，等：桡动脉脉图法检测几种脉象的循环功能．上海中医药杂志，1983；(1)：47
〔111〕 杨文辉：虹膜定位诊断法临床应用体会．新中医，1983；(7)：48
〔112〕 肖珙，等：正常人四季脉图1131幅分析，山东医学院学报，1984；22 (1)：13
〔113〕 殷文治，等：从脉象的昼夜变化探讨“天人相应”学说．中西医结合杂志，1984；4 (4)：24
〔114〕 张卫建，等：陈旧性心肌梗塞患者辨证分型的心血管功能状态及脉象与脉搏图．北京中医学院学报，1988；11 (3)：46
〔115〕 彭静山：眼针疗法．中国针灸，1988；(6)：21
〔116〕 彭敏：眼针疗法在临床上的应用概况．中国针灸，1988；(6)：44
〔117〕 韩育斌：眼针疗法理论基础及临床应用．陕西中医学院学报，1989；12 (1)：27
〔118〕 马明非：手针对应点治疗痛症955例．中国针灸，1989；(1) 37
〔119〕 符宝第：手针治疗胆道蛔虫症．河北中医，1989；11 (4)：39
〔120〕 任宝琴：眼针疗法的经络基础．中医函授通讯，1990；(2)：25
〔121〕 周敏华，等：中国头皮针流派介绍．世界中医大会汇编，1990；美国，柏克莱
〔122〕 董文毅，等：眼针疗法的研究进展．针灸学报，1991；(3)：48
〔123〕 Eckmanp：朝鲜手针概述．国外医学中医中药分册，1992；14 (1)：34

〔124〕 张永树：手针治疗女性尿失禁19例．中医杂志，1992；（2）：37
〔125〕 于溯，等：针刺治疗偏瘫342例临床体会．中国针灸学会第五次临床专业学术会议论文集。1992
〔126〕 王强：脉诊“举、寻、按”三候客观标准的初步研究．中国医药学报，1993；8（2）：15
〔127〕 史载祥，等：涩脉的多普勒脉搏图及舌分光改变．中西医结合杂志，1993；13（4）：205
〔128〕 张忠惠，等：滑脉诊断早期妊娠的评价研究．中西医结合杂志，1993；13（5）：276
〔129〕 吴忠清，等：寸口脉搏图与心血管功能关系探讨．中医急症，1994，3（3）：135
〔130〕 丘瑞香，等：左右关脉与肝脾病证相关性探讨。中国医药学报，1994；9（14）：21
〔131〕 李鲁扬，等：癫痫病不同中医证型脉图分析．山东医科大学学报，1994；32（4）：334
〔132〕 宣文兰，等：血液病滑数脉与非滑数脉患者心功能，脉图的对比分析．中西医结合第四届四诊研究学术会论文汇编，1994
〔133〕 马文光：精神转变物质是气功探秘的硬核所在．潜科学，1995；（1）：34
〔134〕 袁肇凯，等：气滞血瘀与气虚血瘀辨证微观指标的观察分析．中医杂志，1995；36（9）：557
〔135〕 周泽新，等：朱－周氏头皮针的实践与发展。中国针灸－微针疗法首届国际研讨会论文集1995；美国．旧金山
〔136〕 张镜人，等：正常人动脉硬化概率分析．实用中西医结合杂志，1995；8（6）：335
〔137〕 刘亚娴，等：口针治疗中风偏瘫256例小结．中国针灸－微针疗法首届国际研讨会论文集.1995；美国．旧金山
〔138〕 马文光：怎样才能科学的评价全息生物学．医学与哲学，1995；（5）：276
〔139〕 徐相富：针刺“人中沟”治疗某些疾病的体会．吉林中医药，1983；（5）：30
〔140〕 华延令，等：“项丛刺”在临床的应用．上海针灸杂志，1982；（2）：22
〔141〕 牟敬周：椎旁针疗法．河南中医学院学报，1979；（2）：36

编 后 记

《全息医学大全》终于要出版面世了。这部专著集中了全国众多全息医学专家和工作者多年来理论探索和应用研究的丰硕成果，是集体智慧的结晶。她的出版发行，必将进一步推动全息医学的迅速发展，并把全息医学这座大厦建筑在更加坚实的理论和实践基础上。

在书稿的撰写过程中，从理论和应用等多方面参考和引用了国内外大量有关专家学者的著述，在此我们向这些著述的作者表示衷心感谢！

本书的出版还得益于中国医药科技出版社的大力支持，在本书即将出版的时候，我们向出版社的领导和编辑同志们致以深切的谢意！

广大作者利用工作之余，积极查阅资料，总结自己的实践经验，按时完成分工的写作任务，为本书的编写工作奠定了基础，在此，我们向广大作者深表谢忱！

美国周敏华女士、朱明清、周泽新先生等在百忙中赐稿，马来西亚洪梁谷先生给予大力帮助，为本书的出版作出了贡献，眼针的发明人彭静山先生亲自阅稿，在此一并致谢！

《全息医学大全》
编 委 会

[Ｇｅｎｅｒａｌ Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ]
书名= 全息医学大全
作者=
页数= ４６７
ＳＳ号= ０
出版日期=

封面
书名
版权
前言
目录
正文